Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Linha-guia de Atenção à Saúde Materno-Infantil

Secretaria Municipal de Saúde de Manaus **Linha-guia**	
Tema: Atenção Materno-infantil	Data: 20/02/2014
Responsáveis: Ana Maria Cavalcanti e Grupo de Condições Crônicas da SMS de Manaus **Autores:** **Coautores:** **Revisores:** **Validação interna:** **Validação externa:**	Revisão: __/__/__

Revisão nº:	Data: ___/___/___	Nº página:
Elaboração – Ana Maria Cavalcanti		
Verificação		
Aprovação		

Lista de acrônimos e siglas

ACOG *American College of Obstetricians and Gynecologists*
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AINE – Anti-inflamatório não esteroide
ALT – Alanina aminotransferase
AM - Amazonas
APS - Atenção Primária à Saúde
Anti-HBc
Anti-HBe
Anti-HBs
AST – Aspartato aminotransferase
ASS - Atenção Secundária à Saúde
AZT - Zidovudina
BCG
BCF –Batimentos cardiofetais
βHCG – Gonadotrofina coriônica humana
BPM – Batimentos por minuto
Cacon – Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CAGE –acrônimo dos termos ingleses c*ut down, annoyed, guilty, eye-opener*
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
CIUR – Crescimento intrauterino restrito.
Clap – Centro Latino-Americano de Perinatologia
ddI EC – Didanosina entérica
d4T – Estavudina
DEET - N-N-dietilmetatoluamida
DHEG – Doença hipertensiva específica da gestação
DIMED - Divisão Nacional de Vigilância Sanitária de Medicamentos
DM - Diabetes mellitus
DM1 - Diabetes mellitus tipo 1
DM2 - Diabetes mellitus tipo 2
DMG - Diabetes mellitus gestacional
DNV – Declaração de Nascidos Vivos
DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPP – Data provável do parto
DRC - Doença renal crônica
DST – Doenças sexualmente transmissíveis
dT – Vacina dupla difteria e tétano
DTP _ Difteria, tétano, pertussis
DUM – Data da última menstruação
DVA – Deficiência de vitamina A
DVP - Doença vascular periférica
E – Etambutol
EAS - Elementos anormais e sedimento
ECA -Enzima conversora da angiotensina
ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente
ECG - Eletrocardiograma
EH - Emergências hipertensivas
EHH - Estado hiperglicêmico hiperosmolar
EUA - Estados Unidos da América
FCECON - Fundação Centro de Controle de Oncologia
Fe++ - Ferro elementar
Febrasgo – Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia
FR –Frequência respiratória
FTA-abs – *Fluorescent Treponema AntibodyAbsorvent Test*
GBS – Estreptococo beta hemolítico
H – Isoniazida
HAS - Hipertensão arterial sistêmica
Hb – Hemoglobina
HbA1c - Hemoglobina glicada (
HBsAg – Antígeno de superfície da hepatite B
HBeAg -
HIV -Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV – Papilomavírus humano
HPTV -
HTLV 1 e 2 -
IADPSG - Associação Internacional de Grupos de Estudo de Diabetes e Gestação –
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IC - Insuficiência cardíaca
ICC - Insuficiência cardíaca congestiva
IDA – Ingestão diária aceitável
IECA - Inibidores da enzima de conversão da angiotensina
IG – Idade gestacional
IgG – Imunoglobulina G
IGHB – Imunoglobulina humana anti-hepatite B
IgM – Imunoglobulina M
ILTB – Infecção latente de tuberculose
IM - Intramuscular
IMC - Índice de massa corporal
INCA – Instituto Nacional do Câncer
IP - inibidor da protease
ITRN - inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo
ITRNN - inibidor da transcriptasereversa não análogo de nucleosídeo.
ITU – Infecção de trato urinário
IV - Intravenosa
LPV/r - Lopinavir
LVC – Lâmina de verificação de cura
LT-CD4+ - Linfócitos T CD4+
MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS
MDI - Múltiplas doses diárias
MMII - Membros inferiores
MMSS - Membros superiores
MRV – Movimentos respiratórios por minuto
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NIC –Neoplasia intraepitelial cervical
NPH - Protamina Neutra de Hagedorn
NV – Nascidos Vivos
NVV - Nevirapina
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONU –Organização das Nações Unidas
PA - Pressão arterial
PAAPA – pergunte, avalie, aconselhe, prepare e acompanhe
PAD - Pressão arterial diastólica
PAM - Pressão arterial média
PAS - Pressão arterial sistólica
PEATE – Potencial evocado auditivo de tronco encefálico
PHQ – *Patient Health Questionnaire (*questionário sobre a saúde do paciente)
PSSI – Primeira Semana de Saúde Integral
PT – Prova tuberculínica
Puppp - *pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*
R – Rifampicina
RAS – Redes de Atenção à Saúde
RDL- *RapidPlasmReagin*
RDMF - Registro Diário de Movimentos Fetais

RENAME- Relação Nacional dos Medicamentos Essenciais
Rh - Rhesus
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RN – Recém-nascido
RX – Raio-X
SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria
SC - Subcutânea
SEMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Manuas
SES/MG - Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica
SIGAF - Sistema Integrado de Gerenciamento de Assistência Farmacêutica
SIF – Selo de Inspeção Fiscal
SIM – Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SISPRENATAL - Sistema de Informações do Pré-Natal
SI-PIN - Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações
SIVEP – Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
SQV/r – Saquinavir
SCR - Saranpo, caxumba, rubéola
SCRV – Saranpo, caxumba, rubéola, varicela
SMX - Sulfametoxazol
SUS - Sistema Único de Saúde

TANU – Triagem auditiva neonatal universal
TARV – Terapia antirretroviral
TB - tuberculose
TODO – Tratamento diretamente observado
TESS - Teste de Estímulo Sonoro Simplificado
TIA – Teste Indireto de Antiglobulina Humana
TMP - Trimetoprim
TOTG – Teste Oral de Tolerância à Glicose
TPP – Trabalho de parto prematuro
UBS - Unidade básica de saúde
UCIN – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal
UCINCo – Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UCINCa -Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UI - Unidade Internacional
UPA – Unidade de Pronto-Atendimento
Unacon –Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
USG - Ultrassonografia
UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
VDRL- *VeneralDiseaseResearchLaboratory*
VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico
VHA – Vírus da hepatite A
VHB – Vírus da hepatite B
VHC – Vírus da hepatite C
VIP- Vacina inativada poliomielite
VOP – Vacinaoral poliomielite
VO – Via oral
Z – Pirazinamida
3TC - Lamivudina

Lista de figuras, fluxogramas, tabelas e quadros

FIGURAS

Figura 1 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	
Figura 2 – Coeficiente de Mortalidade em Menores de 1 ano	
Figura 3 – Gráfico de curva de altura uterina de acordo com a idade gestacional	
Figura 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante	
Figura 5 – Atenção integrada à mãe e ao recém-nascido no parto e pós-parto imediato	
Figura 6 – Zonas de Kramer	
Figura 7 – Manobras de Barlow e Ortolani	
Figura 8 – Teste de Trendelenburg	
Figura 9 - Orientações frente aos achados da avaliação global da criança em relação ao desenvolvimento	

FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 - Atenção ao Pré-Natal	
Fluxograma 2 – Atenção à puérpera na APS	
Fluxograma 3- Atenção à criança de 0 a 24 meses	
Fluxograma 4 – Atenção à criança em situação de violência – rede ambulatorial	
Fluxograma 5 - Notificação em violência doméstica, sexual e/ou outras violências – Unidade de Saúde Notificadora	
Fluxograma 6 - Notificação em violência doméstica, sexual e/ou outras violências – outros serviços	
Fluxograma 7 - Envio de fichas epidemiológicas de Doenças de Notificação Compulsória	

TABELAS

Tabela 1 - Número de óbitos e Razão de Morte Materna em Manaus/AM, de 2008 a 2012	
Tabela 2 - Óbitos maternos segundo causa básica agrupada em Manaus/AM, de 2008 a 2012	
Tabela 3 – Nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e ano de nascimento em Manaus/AM, de 2008 a 2012	
Tabela 4 - Proporção de baixo peso segundo duração da gestação e ano do nascimento, Manaus/AM, de 2008 a 2012.	
Tabela 5 – Evolução de causas evitáveis de óbitos em menores de1 ano em Manaus/AM, de 2008 a 2012	

QUADROS

Quadro 1. Prevalências de alguns dos principais comportamentos de risco que podem afetar a saúde materno-infantil em Manaus, por sexo (VIGITEL, 2011).	
Quadro 2 – Anamnese da gestante	
Quadro 3 – Exame físico da gestante	
Quadro 4 - Exames laboratoriais e de seguimento do pré-natal	
Quadro 5 – Estratificação de risco das gestantes	
Quadro 6 - Avaliação do estado nutricional segundo o IMC por semana gestacional	
Quadro 7 – Recomendação de ganho de peso durante a gestação de acordo com a classificação nutricional	
Quadro 8 - Ganho de peso recomendado para gestações gemelares	
Quadro 9 - Dez passos para uma alimentação saudável para gestantes	
Quadro 10 - Ingestão Diária Máxima de edulcorantes permitidos para gestantes	

Quadro 11 - Quantidade diária recomendada de grupos de alimentos e equivalência por porção	
Quadro 12 – Principais doenças transmitidas por alimentos	
Quadro 13 – Orientações quanto ao cuidado no preparo de alimentos	
Quadro 14 - Orientações posturais e de fisioterapia	
Quadro 15 – Recomendações em relação ao tabagismo na atenção às gestantes	
Quadro 16 – Recomendações na atenção às gestantes com transtornos mentais	
Quadro 17 - Vacina dupla tipo adulto (antitetânica + antidifteria)	
Quadro 18 - Vacina anti-hepatite B (recombinante)	
Quadro 19 - Vacina anti-influenza (fragmentada)	
Quadro 20 – Situações especiais em relação à imunização da gestante	
Quadro 21 – Recomendações em relação à saúde bucal para gestantes	
Quadro 22 - Orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal	
Quadro 23 – Atenção às queixas frequentes na gestação	
Quadro 24 – Síndromes hemorrágicas na gestação	
Quadro 25 – Amniorrexe prematura	
Quadro 26 – Alterações da duração da gestação	
Quadro 27 – Desvios do crescimento fetal	
Quadro 28 - Categoria dos fármacos anti-hipertensivos quanto à segurança no uso na gestação e lactação	
Quadro 29 - Riscos decorrentes da hiperglicemia	
Quadro 30 - Interpretação da glicemia de jejum na 1ª consulta de pré-natal	
Quadro 31 – Diagnóstico de Diabetes gestacional pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose	
Quadro 32 - Categoria dos fármacos antidiabéticos quanto à segurança no uso na gestação e lactação	
Quadro 33 – Fármacos utilizados no tratamento de Infecção de Trato Urinário em gestantes	
Quadro 34 – Recomendações de tratamento de Infecção de Trato urinário em gestantes	
Quadro 35 – Fármacos recomendados para tratamento de parasitoses na gestação	
Quadro 36 - Avaliação semiquantitativa da densidade parasitária de Plasmodium pela microscopia da gota espessa de sangue	
Quadro 37 – Tratamento de malária na gestante	
Quadro 38 – Conduta frente aos achados de exame e história vacinal de hepatite B no pré-natal	
Quadro 39 - Avaliação e profilaxia da hepatite B em gestantes após violência sexual	
Quadro 40 - Esquema básico para o tratamento da TB (2RHZE /4RH)	
Quadro 41 – Interpretação dos exames para toxoplasmose no pré-natal e conduta	
Quadro 42 - Medicamentos e doses recomendadas para tratamento de toxoplasmose aguda na gestante	
Quadro 43 – Manifestações clínicas da sífilis	
Quadro 44 – Exames sorológicos para sífilis	
Quadro 45 – Tratamento da sífilis no pré-natal	
Quadro 46 – Considerações sobre tratamento da sífilis na gestante	
Quadro 47 - Fatores de risco para transmissão vertical do HIV	
Quadro 48 – Exames laboratoriais para gestantes com HIV/Aids	
Quadro 49 - Esquema de TARV na gestação	
Quadro 50 - Parâmetros imunológicos para imunização com agentes vivos (bactérias e vírus) em pessoas com HIV maiores de 13 anos	
Quadro 51 – Imunização recomendada para gestantes soropositivas para HIV	
Quadro 52 - Abordagem sindrômica e tratamento das DST na gestação	

Quadro 53 - Classificação das práticas no parto e nascimento baseada em evidência	
Quadro 54 – Recomendações na atenção ao parto, pós-parto e nascimento em situações específicas	
Quadro 55 - Avaliação global da puérpera	
Quadro 56 – Informações relevantes da história clínica da criança	
Quadro 57 –Exame físico da criança	
Quadro 58 - Crescimento esperado para recém-nascidos a termo (≥ 37 semanas gestação)	
Quadro 59 - Prazos de utilização da idade corrigida para recém-nascidos pré-termo	
Quadro 60 - Peso/Idade para menores de 10 anos	
Quadro 61 - IMC/Idade para menores de 5 anos	
Quadro 62 - Estatura/Idade para menores de 10 anos	
Quadro 63 - Perímetro Cefálico/Idade para menores de 3 anos	
Quadro 64 – Apresentações clínicas de desnutrição	
Quadro 65 – Considerações sobre a avaliação da presença e evolução dos reflexos primitivos em crianças	
Quadro 66 - Desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a faixa etária	
Quadro 67 - Sinais de alerta observados no desenvolvimento da criança	
Quagro 68 - Risco para deficiência auditiva	
Quadro 69 – Testes para avaliação da visão na criança	
Quadro 70 - Risco ao Nascer	
Quadro 71 - Risco Evolutivo nos dois primeiros anos de vida	
Quadro 72 - Risco para o desenvolvimento neuropsicomotor	
Quadro 73 –Estratificação de risco da criança de 0 a 24 meses	
Quadro 74 – Aconselhamento e cuidados de rotina para crianças	
Quadro 75 - Restrições ao aleitamento materno	
Quadro 76 - Situações onde não se recomenda interrupçâo da amamentação	
Quadro 77 – Manejo das intercorrências durante o aleitamento materno	
Quadro 78 - Média estimada do volume e da frequência das refeições de leite	
Quadro 79 - Preparação do leite de vaca diluído para crianças de 0 a 4 meses de idade	
Quadro 80 - Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 0 a 24 meses	
Quadro 81 - Esquema alimentar de crianças de 0 a 24 meses	
Quadro 82 – Suplementação de ferro para crianças	
Quadro 83 - Suplementação de vitamina A	
Quadro 84 - Teores de provitamina A nas frutas amazônicas	
Quadro 85 – Orientações de saúde bucal para crianças de 0 a 24 meses	
Quadro 86 - Rotina de vacinação de crianças de 0 a 4 anos de idade	
Quadro 87 – Considerações sobre a vacinação de prematuros	
Quadro 88– Orientações para prevenção de acidentes com crianças	
Quadro 89 - Calendário de vacinação para crianças expostas e/ou infectadas pelo HIV	
Quadro 90 - Manifestações clínicas da sífilis em recém-nascidos	
Quadro 91 - Resultados sorológicos materno-infantis para sífilis	
Quadro 92 - Regime terapêutico para tratamento de sífilis congênita	
Quadro 93 - Regime terapéutico de sífilis congênita de acordo com tratamento materno e exames complementares	
Quadro 94 - Esquema básico para o tratamento da TB em < 2 anos (2RHZ /4RH)	
Quadro 95 - Tratamento da malária por *P. malariae* na criança até 3 anos e por *P. vivax* ou *P. ovale* em crianças menores de 6 meses com cloroquina	

Quadro 96 - Tratamento da malária por *P. vivax ou ovale* na criança de 6 meses até 3 anos de idade	
Quadro 97 - Prevenção de recaída de malária por P. vivax ou ovale em crianças até 3 anos de idade	
Quadro 98 – Tratamento da malária por P. falciparum em crianças até 6 meses de idade	
Quadro 99 - Tratamento da malária por *P. falciparum* na criança de 6 meses até 3 anos de idade	
Quadro 100 - Tratamento de infecções mistas por P. falciparum e P. vivax ou ovale em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade	
Quadro 101 – Avaliação complementar da criança com toxoplasmose congênita	
Quadro 102 - Definição de casos de toxoplasmose gestacional	
Quadro 103 – Diagnóstico de toxoplasmose congênita	
Quadro 104 - Fármacos recomedados para o tratamento de toxoplasmose congênita	
Quadro 105 – Competências da APS referentes à atenção à saúde materno-infantil de acordo com a estratificação de risco da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus	
Quadro 106 - Dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica	
Quadro 107 - Número estimado e proporção de gestantes/puérperas e crianças de 0 a 24 meses na APS (geral e por estrato de risco) para a organização da rede de atenção	
Quadro 108 - Consultas/atividades programadas para gestantes na APS	
Quadro 109 – Consultas/atividades programadas na APS para crianças de 0 a 24 meses de Risco Baixo e Médio[1]	
Quadro110 - Consultas/atividades programadas na APS para crianças de 0 a 24 meses de Risco Alto e Muito Alto[1]	
Quadro 111. Parâmetros de assistência para a atenção à gestante e puérpera na APS por estrato de risco	
Quadro 112. Parâmetros de assistência para a atenção à criança de 0 a 24 meses de idade na APS por estrato de risco	
Quadro 113. Exames laboratoriais de rotina para gestantes na APS	
Quadro 114 – Principais atendimentos estratégicos da ASS.	
Quadro 115 - Dez passos para a atenção humanizada ao parto	
Quadro 116 – Indicadores de monitoramento do Programa de Atenção à Saúde Materno-Infantil em Manaus	

Sumário

Apresentação Político-Institucional
Apresentação Técnica
O Modelo de Atenção às Condições Crônicas para o SUS –a Abordagem Populacional da Atenção Materno-Infantil
Perfil Epidemiológico Materno-infantil em Manaus
Seção 1 - Atenção ao Pré-Natal
1.1 Captação precoce à atenção pré-natal
1.2 Ações Referentes ao pré-natal
1.3 Avaliação global da gestante
1.3.1 Anamnese
1.3.2 Exame físico
1.3.3 Exames laboratoriais iniciais e de seguimento
1.4 Estratificação de risco gestacional
1.5 Calendário de consultas
1.6 Plano de cuidado
1.6.1 Saúde alimentar e nutricional
1.6.2 Prevenção e tratamento de anemia
1.6.3 Práticas corporais e atividade física
1.6.4 Orientações posturais e de fisioterapia
1.6.5 Cessação do tabagismo e exposição à fumaça ambiental do tabaco
1.6.6 Saúde mental
1.6.7 Imunização
1.6.8 Saúde sexual
1.6.9 Saúde bucal
1.6.10 Aleitamento materno
1.6.11 Abordagem de queixas frequentes na gestação
1.7 Situações especiais, intercorrências e complicações
1.7.1 Gestação múltipla
1.7.2 Gestação na adolescência
1.7.3 Síndromes hemorrágicas
1.7.4 Alterações do volume do líquido amniótico
1.7.5 Amniorrexe prematura
1.7.6 Alterações da duração da gestação
1.7.7 Desvios do crescimento fetal
1.7.8 Doença hemolítica perinatal
1.7.9 Hiperêmese
1.7.10 Síndromes hipertensivas
1.7.11 Diabetes melito
1.8 Quadros infecciosos
1.8.1 Infecção de trato urinário
1.8.2 Parasitoses
1.8.3 Malária
1.8.4 Hepatite B
1.8.5 Tuberculose
1.8.6 Toxoplasmose
1.8.7 Sífilis

1.8.8 HIV/AIDS
1.8.9 Outras DST

Seção 2 - Atenção ao parto, puerpério e nascimento

2.1 Assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato
2.2 Atenção ao recém-nascido no pós-parto imediato
2.3 Situações específicas na atenção à parturiente, à puérpera e ao recém-nascido
2.4 Atenção à puérpera no pós- parto imediato
2.5 Atenção ao puerpério e ao recém-nascido na APS
2.5.1 Atenção à puérpera na APS
2.5.2 Atenção ao recém-nascido na APS
2.5.3 Educação em saúde no pós-parto

Seção 3 - Atenção à criança de 0 a 24 meses

3.1 Captação precoce
3.2 Ações referentes à saúde da criança
3.3 Avaliação global da criança
3.3.1 História
3.3.2 Exame físico
3.3.3 Crescimento e desenvolvimento
3.3.4 Avaliação da audição
3.3.5 Avaliação da visão
3.4 Identificação de risco
3.4.1 Risco ao nascer
3.4.2 Risco evolutivo
3.4.3 Risco para o desenvolvimento neuropsicomotor
3.4.4 Estratificação de risco das crianças de 0 a 24 meses
3.4.5 Ponto de atenção de acordo com a estratificação de risco
3.5 Calendário de consultas
3.6 Plano de cuidado
3.6.1 Aconselhamento e cuidados rotineiros
3.6.2 Sinais de alerta
3.6.3 Aleitamento materno
3.6.4 Aleitamento artificial
3.6.5 Alimentação complementar
3.6.6 Suplementação nutricional
3.6.7 Saúde bucal
3.6.8 Imunização
3.6.9 Prevenção de acidentes
3.6.10 Violência e maus tratos
3.7 Doenças de transmissão vertical
3.7.1 HIV/AIDS
3.7.2 Hepatite B
3.7.3 Sífilis
3.7.4 Tuberculose
3.7.5 Malária
3.7.6 Toxoplasmose

Seção 4 - Organização da rede de atenção

4.1 Atenção Primária à Saúde
4.1.1 Competências

4.1.2 Atribuições comuns à equipe multiprofissional
4.1.3 Atribuições específicas
4.1.5 Atenção programada na APS
4.2 Atenção Secundária à Saúde
4.2.1 Competências e atribuições da equipe de saúde da ASS
4.2.2 Critérios de encaminhamento para a ASS
4.2.3 Carteira estratégica de serviços da ASS
4.3 Serviços obstétricos e de neonatologia
4.4 Coordenação do Programa Municipal de Atenção à Saúde Materno-Infantil
4.5 Gestão de caso
4.6 Principais indicadores de monitoramento da qualidade da atenção
Anexos
1 Avaliação pré-concepcional
2 Rastreamento de depressão
3 Técnica de aferição da pressão arterial
4 Teste de Estímulo Sonoro Simplificado (TESS)
5 Marcadores de consumo alimentar para indivíduos de 5 ou mais anos (SISVAN)
6 Avaliação do grau de dependência à nicotina (Teste de Fagerström)
7 Fármacos e amamentação
8 Classificação dos riscos de teratogenicidade dos medicamentos quando utilizados na gravidez de acordo com FDA
9 Critérios de recomendação de alojamento conjunto, UTIN e UCIN
10 Orientações para atenção aos recém-nascidos de parto domiciliar
11 Orientações importantes para a vacinação da criança
12 Fluxograma 7 - Envio de fichas epidemiológicas de Doenças de Notificação Compulsória
Referências Bibliográficas

Apresentação Político-Institucional

Apresentação Técnica

OBJETIVOS

Esta linha-guia tem como objetivo compartilhar recomendações clínico-operacionais referentes à abordagem populacional e aos cuidados em relação à saúde materno-infantil (crianças entre 0 e 24 meses de idade) na rede de atenção da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus (SEMSA Manaus).

Seus objetivos específicos englobam:

- Assegurar informações para a tomada de decisão da equipe de saúde multiprofissional e das pessoas usuárias a partir de padrões clínicos ótimos para a população alvo e, consequentemente, melhoria da qualidade das práticas clínicas atribuídas às equipes de saúde;
- Normalizar o processo de atenção às gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses de idade, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS);
- Exercer especialmente função gerencial, educacional e comunicacional na organização da rede de atenção à saúde das gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses de idade.

Como suporte à tomada de decisão na atenção sanitária, esta linha-guia traz orientações e recomendações, não restringindo a atuação e juízo clínico do profissional de saúde.

POTENCIAIS UTILIZADORES

Profissionais de saúde, gestores de saúde, educadores em saúde e agentes comunitários de saúde da rede de atenção da SEMSA Manaus, especialmente em nível da APS, e comunidade.

METODOLOGIA DE ELABORAÇÃO

Esta linha-guia foi elaborada por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de saúde de várias áreas afins aos temas abordados, tanto em âmbito da

APS quanto da atenção secundária à saúde, por profissionais da gestão do sistema de saúde, representantes da academia e de sociedades de especialidade e consultores com experiência em metodologia de elaboração de diretrizes clínicas.

Para a revisão bibliográfica foram consultadas bases de dados primários e secundários e recomendações provenientes de diretrizes clínicas similares em âmbito nacional e internacional. A data de fechamento da busca de dados foi em dezembro de 2013.

Várias oficinas presenciais de validação de conteúdos parciais previamente elaborados pelos consultores contratados foram realizadas. A metodologia de busca de consenso para a elaboração das recomendações finais do documento está descrita nos guias dessas oficinas. Durante o período de dispersão, os conteúdos propositivos foram elaborados e previamente analisados pela equipe.

A atualização dessa linha-guia está prevista em até 5 anos, podendo ser antecipada até mesmo em via eletrônica em virtude de necessidades técnico-operacionais.

RIGOR CIENTÍFICO E GRAUS DE RECOMENDAÇÃO

Foi utilizada a Classificação de Oxford Centre for Evidence-Based Medicine para o grau de recomendação e nível de evidência.

Nível de Evidência Científica por Tipo de Estudo - "Oxford Centre for Evidence-based Medicine" - última atualização maio de 2001			
Grau de Recomendação	**Nível de Evidência**	**Tratamento/ Prevenção – Etiologia**	**Diagnóstico**
A	1A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Ensaios Clínicos Controlados e Randomizados	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Diagnósticos nível 1 Critério Diagnóstico de estudos nível 1B, em diferentes centros clínicos
	1B	Ensaio Clínico Controlado e Randomizado com Intervalo de Confiança Estreito	Coorte validada, com bom padrão de referência Critério Diagnóstico testado em um único centro clínico
	1C	Resultados Terapêuticos do tipo "tudo ou nada"	Sensibilidade e Especificidade próximas de 100%
B	2A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos de Coorte	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 2
	2B	Estudo de Coorte (incluindo Ensaio Clínico Randomizado de Menor Qualidade)	Coorte Exploratória com bom padrão de Referência Critério Diagnóstico derivado ou validado em amostras fragmentadas ou banco de dados
	2C	Observação de Resultados Terapêuticos (outcomes research) Estudo Ecológico	
	3A	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de Estudos Caso-Controle	Revisão Sistemática (com homogeneidade) de estudos diagnósticos de nível > 3B
	3B	Estudo Caso-Controle	Seleção não consecutiva de casos, ou padrão de referência aplicado de forma pouco consistente
C	4	Relato de Casos (incluindo Coorte ou Caso-Controle de menor qualidade)	Estudo caso-controle; ou padrão de referência pobre ou não independente
D	5	Opinião desprovida de avaliação crítica ou baseada em matérias básicas (estudo fisiológico ou estudo com animais)	

FINANCIAMENTO E CONFLITO DE INTERESSE

A elaboração desta linha-guia foi fincanciada pela Secretaria Municipal de Saúde de Manaus mediante convênio com o Conselho dos Secretários Municipais de Saúde do Amazonas.

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas para O SUS – a Abordagem Populacional da Atenção Materno-Infantil

A qualidade da atenção ofertada por um sistema de saúde pode ser verificada pela progressiva redução da mortalidade materno-infantil, fato este que também expressa o padrão de qualidade de vida de uma sociedade. Para alcançar padrões de excelência, um conjunto de ações sobre diferentes aspectos sociais são necessários como maior acesso aos serviços de saúde, maior escolaridade materna e melhores condições de vida.

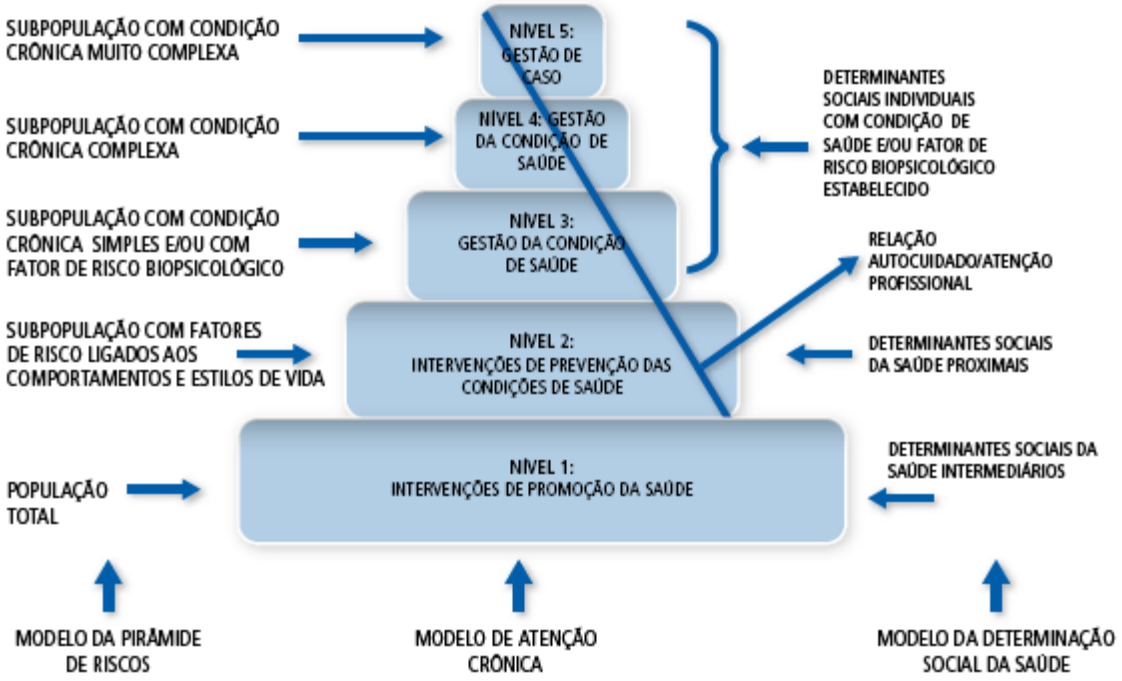
De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), os sistemas de saúde tradicionalmente desenhados para atuar sobre condições agudas precisam se preparar para atuar sobre condições crônicas. Nesta nova tipologia, as condições crônicas vão muito além das doenças crônicas não transmissíveis (como hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, doenças respiratórias crônicas), e englobam doenças infecciosas persistentes (como HIV/Aids, tuberculose, hanseníase), transtornos mentais, deficiências e incapacidades contínuas, doenças bucais, condições ligadas ao pré-natal e puerpério e à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura, senicultura) entre outros (MENDES, 2012).

A partir do Modelo de Atenção Crônica, do Modelo da Pirâmide de Riscos e do Modelo de Determinação Social da Saúde de Dahlgren e Whitehead (1991), Mendes (2012) desenvolveu um modelo para ser aplicado no Sistema Único de Saúde (SUS). O autor denominou o mesmo de Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), e sua representação está exposta na Figura 1.

A atenção à gestação e à infância orienta-se pelo MACC com o objetivo de sistematizar a rede de atenção à saúde pautada na melhor evidência disponível na literatura. Neste modelo, para cada nível da pirâmide, ações diferenciadas se fazem necessárias. A maior parte da população sob os cuidados de uma equipe de saúde encontra-se nos níveis 1 e 2 de necessidades de intervenções (MENDES, 2012).

As intervenções de nível 1 (promoção à saúde) devem ser aplicadas a toda a população. Elas são frutos de macropolíticas e parcerias intersetoriais, tais como educação, trabalho, lazer e saneamento. O nível 2 incorpora a prevenção de condições de saúde a partir da intervenção sobre determinantes sociais da saúde proximais, relativos a comportamentos e estilos de vida. Estes determinantes são considerados fatores de risco, podem ou não ser modificáveis e ocorrem em subpopulações. As ações

de prevenção podem ocorrer em nível populacional, comunitário e/ou individual, e a APS tem um papel fundamental neste espaço de atuação. A prevenção de condições crônicas como obesidade, HAS, DM e doenças de transmissão vertical, por exemplo, ocorre por meio de ações desde o período pré-concepcional, perinatal e na puericultura. As principais intervenções da equipe de saúde nesse nível do MACC devem incentivar a adoção e manutenção de comportamentos saudáveis, interferindo sobre fatores de risco como tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, inatividade física, excesso de peso, alimentação não saudável (MENDES, 2012).


SUBPOPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA MUITO COMPLEXA
NÍVEL 5: GESTÃO DE CASO
SUBPOPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA COMPLEXA
NÍVEL 4: GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE
SUBPOPULAÇÃO COM CONDIÇÃO CRÔNICA SIMPLES E/OU COM FATOR DE RISCO BIOPSICOLÓGICO
NÍVEL 3: GESTÃO DA CONDIÇÃO DE SAÚDE
SUBPOPULAÇÃO COM FATORES DE RISCO LIGADOS AOS COMPORTAMENTOS E ESTILOS DE VIDA
NÍVEL 2: INTERVENÇÕES DE PREVENÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE
POPULAÇÃO TOTAL
NÍVEL 1: INTERVENÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE
DETERMINANTES SOCIAIS INDIVIDUAIS COM CONDIÇÃO DE SAÚDE E/OU FATOR DE RISCO BIOPSICOLÓGICO ESTABELECIDO
RELAÇÃO AUTOCUIDADO/ATENÇÃO PROFISSIONAL
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE PROXIMAIS
DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE INTERMEDIÁRIOS
MODELO DA PIRÂMIDE DE RISCOS
MODELO DE ATENÇÃO CRÔNICA
MODELO DA DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

Fonte: Mendes, 2012.

Figura 1. Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)

O Quadro 1 apresenta as prevalências para o município de Manaus de alguns dos principais comportamentos de risco (nível 2 do MACC) segundo o Ministério da Saúde, identificados por meio do VIGITEL 2011 (Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico) (BRASIL, 2012i). Estes comportamentos podem contribuir para o risco materno-infantil direta (tabagismo, consumo abusivo de bebidas alcoólicas e obesidade) ou indiretamente, pelo maior risco de desenvolvimento de condições crônicas maternas como obesidade, HAS e DM.

Quadro 1. Prevalências de alguns dos principais comportamentos de risco que podem afetar a saúde materno-infantil em Manaus, por sexo (VIGITEL, 2011).			
Fator de risco/protetor	**Percentual**		
	homens	**mulheres**	**pop. total**
Tabagismo	16,7	7,5	11,9
Inatividade física	12,7	19,4	16,2
Consumo de carne com excesso de gordura	41,7	24,2	32,6
Consumo de leite com teor integral de gordura	66,4	67,9	67,2
Excesso de peso	55,1	48,3	51,8
Obesidade	20,2	15,4	17,8
Consumo abusivo de bebida alcoólica	27,7	4,9	15,8

Fonte: BRASIL, 2012i.

Deve-se ressaltar que dentre as 27 capitais estudadas no VIGITEL 2011 (BRASIL, 2012i), Manaus apresenta o segundo maior percentual de mulheres fisicamente inativas, atrás apenas de Palmas. Similarmente, Manaus ocupa a mesma posição entre as capitais com maior percentual de consumo de leite com teor integral de gordura, para ambos os sexos, atrás apenas de Porto Velho. No que se refere ao excesso de peso, Manaus encontra-se entre as 3 capitais com maior prevalência desse fator de risco entre as mulheres e, similarmente, com maior prevalência de obesidade no sexo masculino.

Os níveis 3, 4 e 5 do MACC correspondem ao espaço específico da clínica a uma determinada condição de saúde, como por exemplo, a atenção à saúde da gestante e da criança menor de 2 anos. Cada nível abrange um subgrupo de uma determinada população de acordo com a complexidade apresentada no seu manejo. No nível 3 estão as gestantes e crianças menores de 2 anos estratificadas como de risco habitual (ou baixo) e risco médio, acompanhadas pela atenção primária à saúde, e correspondendo a cerca de 85% (gestantes) e 75% (menores de 2 anos) dos casos (MENDES, 2012).

Nos níveis 4 e 5, estão as gestantes e crianças menores de 2 anos com condições complexas e muito complexas, geralmente acometidas de condições obstétricas e/ou clínicas e/ou sociais e que necessitam de manejo de caso de maneira individualizada e em cogestão com profissionais especialistas de áreas focais.[2] Considerável parte dos indivíduos no nível 5 beneficiam-se da tecnologia de gestão de caso (MENDES, 2012).

A linha que perpassa os níveis 2 ao 5 da figura representativa do MACC pode ser identificada como a linha de *atenção à saúde*. Nota-se que a proporção do espaço à esquerda dessa linha, que representa a fração do cuidado em saúde que deve ser destinada ao autocuidado apoiado do usuário, está aumentada no sentido da sua base.

De forma concordante, quanto maior a complexidade da condição crônica na subpopulação abordada, mais relevante será a necessidade de cuidado profissional.

Tais observações são fundamentais na organização das ações a serem efetivadas em uma rede de atenção à saúde de indivíduos com condições crônicas, a qual deve ser sempre coordenada pela atenção primária à saúde. Princípios como a integralidade e a equidade (expressa pela estratificação de risco das condições crônicas abordadas e pelo cuidado baseado nesses distintos riscos) são observados estrategicamente no MACC. Esses e outros devem ser pilares para uma necessária gestão da clínica.

Perfil Epidemiológico Materno-Infantil em Manaus

A qualidade da atenção à saúde pode ser verificada por indicadores como a mortalidade materna e infantil. Por isto, na declaração assinada pelo Brasil e por mais 188 países durante a Conferência do Milênio, promovida pela Organização das Nações Unidas, dentre os oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, constam a redução da mortalidade infantil e a melhoria da saúde materna (ONU, 2000). A meta do quinto objetivo para o ano de 2015 é uma razão de mortalidade materna (RMM) igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV) para o Brasil. Para a OMS, no entanto, uma RMM baixa é aquela com menos de 20 mortes por 100 mil NV. Sabe-se que esta diminuição se deve principalmente à redução da mortalidade por causas obstétricas diretas, devido a melhores condições de assistência desde o planejamento familiar até o pré-natal, parto e puerpério.

De 1990 a 2007, o Brasil apresentou redução de cerca de 50% de óbitos maternos, observada pela RMM corrigida de 140 óbitos por 100 mil NV em 1990 para 75 óbitos por 100 mil NV em 2007. Em Manaus, no período de 2008 a 2012, foram registrados um total de 137 óbitos maternos, com RMM variando de 52,18 para 53,45 óbitos por 100 mil NV. O ano de 2009 foi o ano que alcançou a maior RMM, chegando a 98,55 óbitos por 100 mil NV.

Tabela 1 - Número de óbitos e Razão de Morte Materna em Manaus/AM, de 2008 a 2012

Ano	Mortes Maternas	RMM
2008	20	52,18
2009	39	98,55
2010	33	83,84
2011	23	56,86
2012	22	53,45

RMM – Razão de Morte Materna.
Fonte: SIM/SINASC/SEMSA/Manaus.

A análise das causas de morte materna permite a diferenciação entre mortes obstétricas diretas, como complicações na gestação, parto ou puerpério, ou de intervenções, omissões, tratamento incorreto ou causas associadas a qualquer um desses fatores, e indiretas, devido a condições preexistentes ou desenvolvidas durante a

gestação e agravadas pela mesma. No período de 1990 a 2007, a mortalidade materna no país devido a causas diretas diminuiu 56% enquanto as por causas indiretas aumentou 33%, de 1990 a 2000, e se manteve estável de 2000 a 2007 (BRASIL, 2012j). A melhoria nas investigações de óbitos suspeitos de decorrência de causas indiretas pode justificar o aumento observado da mortalidade por causas obstétricas indiretas de 1990 a 2000.

As principais causas de óbito materno em Manaus, de 2008 a 2012, decorreram de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério e a outras afecções obstétricas não classificadas, que corresponderam a 64,96% entre as causas básicas agrupadas.

Tabela 2 - Óbitos maternos segundo causa básica agrupada em Manaus/AM, de 2008 a 2012

CAUSAS BÁSICAS AGRUPADAS	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Outras afecções obstétricas, não classif. em outra parte	07	12	11	06	07	43
Complicações relacionadas predomin. com o puerpério	06	12	15	06	07	46
Edema, proteinúria e transtorno hipertensivo na gravidez, no parto e no puerpério	04	07	02	01	05	19
Complicação do trabalho de parto e do parto	01	04	01	02	02	10
Assistência prestada a mãe por motivos ligados ao feto e à cavidade amniótica e por possíveis probl. relat. ao parto	01	01	01	01	0	04
Doenças pelo Vírus da Imunodeficiência Humana	01	0	02	03	0	06
Gravidez que termina em aborto	0	03	01	03	0	07
Outros transt.maternos relac. predomin. com a gravidez	0	0	0	01	01	02
TOTAL	**20**	**39**	**33**	**23**	**22**	**137**

Fonte: SIM/SINASC/SEMSA/Manaus

No Brasil, a natalidade está em queda de 10,8% desde o ano de 2000 (BRASIL, 2011f), porém observa-se, na cidade de Manaus, um aumento de 7,4% no número de nascimentos de 2008 a 2012, confirmando o aumento da taxa de natalidade na região Norte do país de 5,4% (BRASIL, 2012j). Houve um discreto aumento de 22,39% para 22,97% de mães adolescentes menores de 20 anos, e aumento das mães com 30 anos ou mais de 22,10% para 26,30%. Já na faixa etária de 20 a 29 anos, houve redução de 8,8% do número de nascimentos.

Em Manaus, a proporção de nascimentos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré-natal passou de 37,4% em 2008 para 32,7% em 2012, apresentando declínio de 4,7% no período, estando abaixo da média nacional de 61,1% de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (BRASIL, 2012j). Neste mesmo período, um aumento de 29,3% de nascidos vivos sem nenhuma consulta de pré-natal foi observado no

município e em 2012, 2.414 gestantes não realizaram nenhuma consulta de pré-natal, representando 5,8% do total de nascidos vivos. Quando analisada a escolaridade materna, evidenciou-se que 20,24% das mães com 0 a 3 anos de estudo declararam ter realizado sete consultas e mais de pré-natal, contra 58,62% das que tinham 12 anos e mais de estudo.

O número de cesarianas no município de Manaus passou de 48,7% em 2008 para 50,38% em 2012, aumento de 1,67% no período. O resultado de Manaus é similar ao do Brasil, que passou de 38% em 2000 para 52,3% em 2010 (BRASIL, 2012j).

Tabela 3 – Nascidos vivos segundo número de consultas de pré-natal e ano de nascimento em Manaus/AM, de 2008 a 2012

Cons Pre-Natal	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Nenhuma	1867	1888	2037	1799	2414	**10005**
1-3 vezes	5768	5821	6537	5891	5785	**29802**
4-6 vezes	15724	16955	16301	16153	14886	**80019**
7 e +	14313	14400	13963	15201	13461	**71338**
Não informado	237	103	69	0	0	**409**
Ignorado	419	408	456	1409	4616	**7308**
Total	**38328**	**39575**	**39363**	**40453**	**41162**	**198881**

Fonte: SINASC/SEMSA/Manaus

O nascimento de crianças com baixo peso aumentou de 7,7% em 2000 para 8,4% em 2009, no país (BRASIL, 2011f). Em Manaus, ocorre uma persistência deste percentual de 8% em 2008 e 7,9% em 2012. Em relação à proporção de nascidos vivos com baixo peso analisados segundo a duração da gestação no período de 2008 a 2012, identifica-se que a maior incidência está sobre as gestações pré-termo num total de 40,99%, seguido imediatamente das gestações a termo com 39,26%, resultado não esperado para as gestações com duração dentro do período considerado normal, de 37 a 42 semanas.

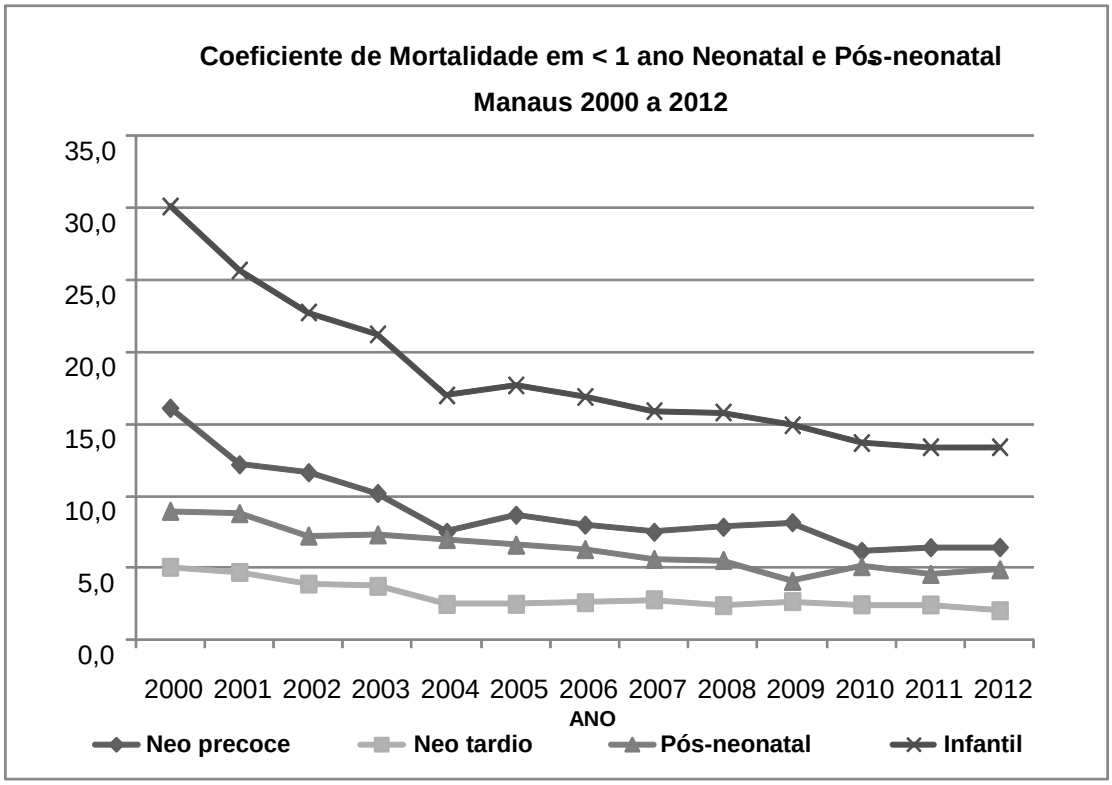
Os municípios com população maior de 500 mil habitantes apresentaram maior percentual de prematuridade no ano de 2009, chegando a 8,5% no Brasil (BRASIL, 2011f). Em Manaus, o percentual de nascidos vivos prematuros em 2008 foi de 6,6%, e em 2012 foi de 10,89%, o que representou um aumento de 4,29% no período. Em relação ao tipo de parto, houve aumento da proporção de nascidos vivos prematuros tanto para o parto vaginal, de 2,63% em 2008 para 4,99% em 2012, como para o parto cesáreo, de 4,03% em 2008 para 5,9% em 2012.

Tabela 4 - Proporção de baixo peso segundo duração da gestação e ano do nascimento, Manaus/AM, de 2008 a 2012.

Duracão Gestação	2008	2009	2010	2011	2012	Total
Menos 22	0,56	0,35	0,56	0,78	0,58	0,57
22 a 27	4,58	5,04	4,53	6,35	4,71	5,04
28 a 31	9,32	8,94	7,78	9,63	9,14	8,96
32 a 36	41,56	42,16	44,76	39,04	37,50	40,99
37 a 41	43,23	43,10	41,76	36,66	31,87	39,26
42 e +	0,39	0,09	0,34	1,75	1,02	0,72
N Inf	0,33	0,25	0,25	5,79	15,20	4,44
Ignorado	0,03	0,06	0,00	0,00	0,00	0,02
Total	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**	**100,00**

Fonte: SINASC/SEMSA/Manaus

As taxas de mortalidade infantil apresentaram queda de 55,5% no período de 2000 a 2011 em Manaus, com taxa de 30,1 óbitos por 1000 nascidos vivos em 2000 e 13,4 em 2011. No ano de 2012 observou-se aumento de 1,2% em relação a 2011. A distribuição dos óbitos em menores de 1 ano segundo componentes da mortalidade infantil foi maior no período neonatal precoce, representando 49,15% do total, seguido dos óbitos ocorridos no período pós-neonatal com 33,95%, e dos óbitos no período neonatal tardio com 16,89%.



Fonte: SIM/SINASC

Figura 2 – Coeficiente de Mortalidade em Menores de 1 ano

Em relação ao grupo de causas, as afecções do período perinatal representaram 53,3% dos óbitos em 2008 e 48,3% em 2012, seguidas das malformações congênitas com 24,5% em 2008 e 29,1% em 2012, doenças do aparelho respiratório com 3,9% em 2008 e 7,8% em 2012 e doenças infecciosas e parasitárias 6,7% em 2008 e 5,3% em 2012. A escolaridade das mães variou de 59,77% para 4 a 7 anos de escolaridade e 27,63% com 12 ou mais anos de escolaridade. Mães com idade entre 20 e 30 anos apresentaram o maior percentual (48,4%), seguidas pelas de 15 a 19 anos (25,21%), 31 a 40 anos (17,79%), 41 a 50 anos (1,92) e 10 a 14 anos (1,88). Apenas 10,91% foram de mães com experiência anterior de morte infantil. Em relação ao tipo de parto, 66,44% foram de partos cesáreos, 31,14% de partos normais e 2,42% sem o tipo de parto informado. As gestações pré-termo apresentaram o maior percentual (75,07%), seguidas pelas gestações a termo (17,93%) e pelas pós-termo (0,75%). Em relação ao baixo peso, 85,8% dos óbitos concentram-se no período pré-termo, 8,9% no período a termo, 0,4% no período pós-termo e 4,85% com peso ignorado ou não informado.

Tabela 5 – Evolução de causas evitáveis de óbitos em menores de1 ano em Manaus/AM, de 2008 a 2012

EVOLUÇÃO DE CAUSAS EVITÁVEIS DE ÓBITOS EM MENORES DE 1 ANO, MANAUS. 2008 A 2012												
	2008		2009		2010		2011		2012		Total	
CAUSAS EVITÁVEIS	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Reduzível por imunização												
Coqueluche	2	0,4	2	0,4	0	0	0	0	7	1,7	11	0,5
Reduzível por atenção à gestação												
Alg Afeccoes origin no periodo perinatal	56	11,9	45	10,1	51	12,5	70	16,4	62	15,1	284	13,1
Sindr da angustia respirat do recem-nascido	52	11,0	51	11,5	46	11,3	43	10,1	43	10,5	235	10,9
Feto e recem-nasc afet fat mat e compl grav	25	5,3	10	2,2	28	6,9	37	8,7	28	6,8	128	5,9
Transt relac duracao gestacao e cresc fetal	19	4,0	23	5,2	9	2,2	23	5,4	22	5,4	96	4,4
Reduzível por atenção ao parto												
Alg Afeccoes origin no periodo perinatal	31	6,6	30	6,7	30	7,4	31	7,3	27	6,6	149	6,9
Trans resp e cardiovas espec per perinatal	27	5,7	25	5,6	26	6,4	28	6,6	17	4,1	123	5,7
Aspiracao neonatal de meconio	12	2,5	8	1,8	2	0,5	6	1,4	3	0,7	31	1,4
Reduzível por atenção ao RN												
Septicemia bacter NE	57	12,1	67	15,1	45	11,1	31	7,3	38	9,3	238	11,0
Pneumonia congen NE	19	4,0	14	3,1	11	2,7	13	3,0	12	2,9	69	3,2
Atelectasia prim do recem-nascido	3	0,6	16	3,6	5	1,2	8	1,9	15	4,9	47	2,2
Reduzível por diag e tratam adequado												
Pneumonia p/microorg NE	16	3,4	11	2,5	16	3,9	19	4,4	20	2,4	82	3,8
Outr septicemias	19	4,0	13	2,9	18	4,4	13	3,0	10	2,4	73	3,4
Bronquiolite aguda	2	0,4	1	0,2	5	1,2	4	0,9	5	1,2	17	0,8
Reduzível por ações de promoção à saúde vinculadas as ações de atenção												
Diarreia e gastroenterite orig infecc presum	12	2,5	4	0,9	6	1,5	6	1,4	5	1,2	33	1,5
Desnutric proteico-calorica NE	9	1,9	2	0,4	5	1,2	3	0,7	0	0,0	19	0,9
Desnutric proteico-calorica grave NE	4	0,8	3	0,7	1	0,2	2	0,5	1	0,2	11	0,5
Outras causas	365	77,33	325	73,03	304	74,69	337	78,92	308	75,12	1635	75,66
Total	**472**		**445**		**407**		**427**		**410**		**2161**	

De 2008 a 2012, ocorreram 2161 óbitos de menores de 1 ano por causas evitáveis. As causas estão consolidadas em grandes grupos, onde não é possível determinar a causa específica, como afecções originadas no período pré-natal, feto e recém-nascido, afetados por fator materno e complicações graves e transtornos relacionados à duração da gestação. Em todas elas, o aumento está identificado em 3,2% para afecções originadas no período pré-natal, 1,5% por fator materno e complicações graves e 1,4% por transtornos relacionados à duração da gestação, no período analisado de 2008 a 2012.

Em relação às principais causas com determinação específica, verifica-se aumento de 4,3% das atelectasias pulmonares, seguido de 1,3% da coqueluche e 0,8% de bronquiolites no mesmo período. Nas causas relacionadas às ações de atenção ao RN, em especial as pneumonias, e nas relacionadas às ações de promoção à saúde vinculadas às ações de atenção, em especial as diarreias e gastroenterite de origem infecciosa presumível, observa-se redução de 1,3% e 2,1%, respectivamente, de 2008 a 2012. Neste período, 30 óbitos ocorreram por desnutrição.

SEÇÃO 1 - ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A gestação é uma condição crônica que exige uma atuação proativa e sistematizada dos serviços de saúde com o intuito de garantir um desenvolvimento saudável e seguro materno-infantil. A atenção ao pré-natal para as gestações consideradas de risco baixo e moderado pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) é recomendada uma vez que o acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras para estes casos não modifica os desfechos perinatais quando comparados aos casos referidos devido a complicações durante o acompanhamento (A) (BRASIL, 2012e).

1.1 CAPTAÇÃO PRECOCE À ATENÇÃO PRÉ-NATAL

O acesso ao cuidado pré-natal tem impacto sobre a morbimortalidade materno-infantil (B) e quanto mais precoce o cuidado, maior a qualidade da atenção à saúde (B) (BRASIL, 2012e). Toda mulher que procurar a Unidade Básica de Saúde (UBS) devido a atraso menstrual e/ou sintomatologia sugestiva de gestação deve ser avaliada pela equipe de saúde no mesmo momento. Por isso, a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus faz as recomendações a seguir.

Recomendações

Diagnosticar a gravidez o mais precoce possível, de acordo com cada situação:

- **Se atraso menstrual menor ou igual a 15 dias: realizar βHCG sanguíneo;**
- **Se atraso menstrual e/ou sintomatologia sugestiva de gestação há mais de 15 dias e menor que 12 semanas: realização do teste rápido de gravidez;**
- **Se atraso menstrual maior que 12 semanas: realizar consulta precoce com o(a) médico(a) ou o(a) enfermeiro(a) para avaliação clínica.**

Para as mulheres com confirmação de gravidez:

- **Acolhimento da gestante com agendamento e orientações para a consulta de início de pré-natal;**
- **Realização da primeira consulta conforme preconizado na linha-guia e agendamento das consultas subsequentes.**

Para mulheres sem confirmação de gravidez:

- **Mulheres que não desejam engravidar neste momento - captação imediata para o planejamento reprodutivo com priorização de consulta médica/enfermagem para adolescentes e mulheres com alto risco reprodutivo; orientação de medidas de dupla proteção (anticoncepção e proteção para DST).**
- **Mulheres que desejam engravidar neste momento – captação imediata para atenção pré-concepcional.**

No acolhimento, a equipe deve verificar a história menstrual (incluindo data da última menstruação - DUM), história sexual e contraceptiva, identificando a presença de sintomatologia sugestiva de gestação.

Sintomatologia sugestiva de gestação

Atraso menstrual, sonolência, fadiga, náusea e vômito, tontura, alterações no apetite, salivação excessiva, aumento da frequência urinária e dor mamária em mulheres em idade fértil e com vida sexual ativa.

Se a DUM for superior a 12 semanas, a confirmação de gravidez pode ser feita mediante exame físico e a consulta com o enfermeiro ou o médico deve ser preferencialmente imediata ou a mais precoce possível. Nesta consulta, a confirmação de gestação é feita pela detecção de batimentos cardiofetais (BCF) pelo sonar doppler. Nos casos mais avançados de gestação (além de 18 semanas), é possível perceber os movimentos fetais e detectar BCF com o estetoscópio de Pinard. Outras alterações encontradas no exame físico e que sugerem gestação são: aumento do volume e da sensibilidade mamária, colostro, tubérculos de Montgomery, coloração violácea em vulva, parede vaginal violácea e com maior vascularização, cérvice uterina violácea, amolecida e com aumento de tamanho.

Se o atraso menstrual for menor ou igual a 15 dias, indica-se a realização de βHCG sanguíneo e para os casos de atraso menstrual maior de 15 dias e menor de 12 semanas, indica-se a realização do teste rápido de gravidez. Exames com resultado positivo confirmam a gestação, caso contrário, é recomendada a repetição do exame em 15 dias. Se o resultado do exame ainda for negativo e o atraso menstrual persistir, é necessária investigação diagnóstica.

Com a **confirmação de gravidez**, a equipe de saúde da APS faz o cadastro das mulheres da área de abrangência ainda sem cadastro na UBS, capta imediatamente para iniciar o pré-natal com a consulta do (a) enfermeiro(a), onde os exames iniciais são solicitados e é realizada aferição de pressão arterial, peso, altura e exame físico. O agendamento da consulta médica deve ser em até 7 dias, sempre considerando a concordância da gestante em realizar o acompanhamento na UBS.

O pré-natal é um período oportuno para convidar o pai do bebê a participar das ações de saúde, desde que este seja o desejo da mãe. Durante a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), o convite para a participação do pai também pode ser feito. Caso a mãe e o pai concordem com esta participação, recomenda-se agendamento de consulta médica para ambos no mesmo momento, aproveitando a oportunidade para a realização do pré-natal do homem.

Se **não houver confirmação de gravidez**, indica-se captação imediata para o planejamento reprodutivo, com priorização de consulta médica/enfermagem para adolescentes e mulheres com alto risco reprodutivo. As que desejam engravidar precisam de atenção pré-concepcional (Anexo 1) e as que não desejam, devem ser assistidas em relação à anticoncepção efetiva e segura e à proteção de doenças sexualmente transmissíveis (DST).

A atenção em planejamento reprodutivo contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil na medida em que diminui o número de gestações não desejadas, de abortamentos provocados, de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária e de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais. Ao mesmo tempo, aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para a diminuição da frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados assim como possibilita planejar a gravidez em mulheres adolescentes ou com condições crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, HIV/Aids, entre outras.

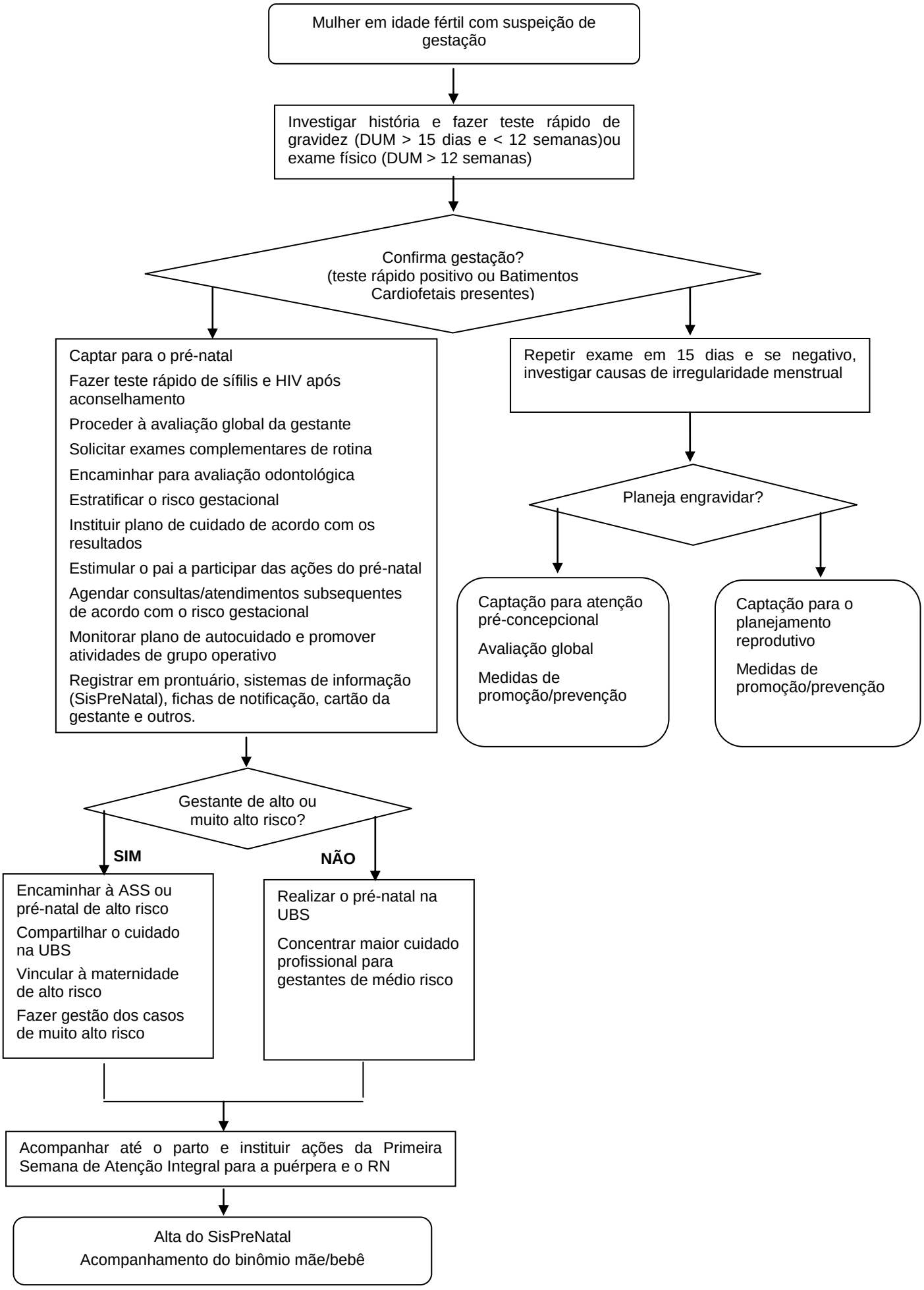
As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional englobam o casal e os aspectos que podem interferir na morbimortalidade materno-infantil. Quando algumas situações de saúde estão presentes, como diabetes, hipertensão, HIV/Aids e outras, abordagens específicas de cuidado e orientação são eficazes para a diminuição da morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2010, 2012c, 2012e).

1.2 AÇÕES REFERENTES AO PRÉ-NATAL

- Cadastramento da gestante com preenchimento da ficha de cadastramento do SisPreNatal e do sistema informatizado, já na primeira consulta de pré-natal.

- Avaliação global da gestante.
- Solicitação dos exames (iniciais e de acompanhamento).
- Estratificação de risco.
- Instituição e monitoramento do Plano de Cuidado pela equipe da APS, do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e dos serviços de Atenção Secundária à Saúde (ASS) como centros de referência de alto risco.
- Visitas domiciliares.
- Busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas e aos atendimentos agendados na UBS ou nos centros de referência.
- Vinculação com a maternidade de referência de acordo com o estrato de risco.
- Preenchimento e fornecimento do Cartão da Gestante com o número do SisPreNatal, informações obtidas nas consultas, a maternidade de referência e as datas das próximas consultas/atendimentos.
- Realização das atividades de educação em saúde e de autocuidado apoiado, individuais e coletivas.
- Organização da visita à maternidade, com orientações e agendamento adequado.
- Atenção às intercorrências do pré-natal e do puerpério, com estabilização e encaminhamento das situações de urgência.
- Atenção ao puerpério e captação precoce do recém-nascido.
- Estímulo à participação do pai nas consultas, atendimentos e atividades desenvolvidas na UBS durante o pré-natal, realizando avaliação clínica oportuna do mesmo.
- Registro das informações no prontuário.

FLUXOGRAMA 1 - ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL


Mulher em idade fértil com suspeição de gestação
Investigar história e fazer teste rápido de gravidez (DUM > 15 dias e < 12 semanas)ou exame físico (DUM > 12 semanas)
Confirma gestação? (teste rápido positivo ou Batimentos Cardiofetais presentes)
Captar para o pré-natal
Fazer teste rápido de sífilis e HIV após aconselhamento
Proceder à avaliação global da gestante
Solicitar exames complementares de rotina
Encaminhar para avaliação odontológica
Estratificar o risco gestacional
Instituir plano de cuidado de acordo com os resultados
Estimular o pai a participar das ações do pré-natal
Agendar consultas/atendimentos subsequentes de acordo com o risco gestacional
Monitorar plano de autocuidado e promover atividades de grupo operativo
Registrar em prontuário, sistemas de informação (SisPreNatal), fichas de notificação, cartão da gestante e outros.
Repetir exame em 15 dias e se negativo, investigar causas de irregularidade menstrual
Planeja engravidar?
Captação para atenção pré-concepcional
Avaliação global
Medidas de promoção/prevenção
Captação para o planejamento reprodutivo
Medidas de promoção/prevenção
Gestante de alto ou muito alto risco?
SIM
NÃO
Encaminhar à ASS ou pré-natal de alto risco
Compartilhar o cuidado na UBS
Vincular à maternidade de alto risco
Fazer gestão dos casos de muito alto risco
Realizar o pré-natal na UBS
Concentrar maior cuidado profissional para gestantes de médio risco
Acompanhar até o parto e instituir ações da Primeira Semana de Atenção Integral para a puérpera e o RN
Alta do SisPreNatal
Acompanhamento do binômio mãe/bebê

1.3 AVALIAÇÃO GLOBAL DA GESTANTE

A avaliação global da gestante abrange a avaliação clínico-obstétrica, nutricional, exame clínico de mama, rastreamento de câncer do colo uterino, saúde bucal, situação vacinal, exames laboratoriais e outras avaliações identificadas como necessárias pela equipe de saúde. Este processo resulta na estratificação de risco e na elaboração do plano de cuidado a partir dos critérios identificados ao longo do pré-natal.

1.3.1 ANAMNESE

A anamnese traz informações sobre o decorrer da gestação e orienta a estratificação de risco.

Quadro 2 – Anamnese da gestante

ÁREA	OBSERVAÇÕES
Planejamento reprodutivo	Gestação desejada e/ou planejada, métodos contraceptivos utilizados, data da última menstruação (DUM) e grau de certeza da data.
Rede familiar e social	Presença de companheiro; relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; rede social.
Condições de moradia, de trabalho e ambientais	Saneamento, tipo de moradia. Grau de esforço físico, estresse e jornada de trabalho, exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos).
Atividade física	Tipo de atividade física, grau de esforço, periodicidade, local – deslocamento para trabalho ou curso, lazer, no trabalho, em casa.
História nutricional	Peso e altura antes da gestação. História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais. Padrão alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Status em relação ao cigarro – não fumante, fumante, ex-fumante (tempo de abstinência), exposição ambiental à fumaça de tabaco (domicílio ou outro local). Para as fumantes – avaliar se pensa em parar de fumar neste momento. Em caso positivo, instituir tratamento e/ou encaminhar ao Ambulatório de Tratamento de Fumantes.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	Rastreamento de transtornos decorrentes do uso de álcool pelo questionário CAGE (Mayfield e col., 1974) onde duas respostas positivas sugerem rastreamento positivo para abuso ou dependência de álcool. Perguntar: - Alguma vez a senhora sentiu que deveria diminuir a quantidade de bebida alcoólica ou parar de beber? - As pessoas a aborrecem porque criticam o seu modo de tomar bebida alcoólica? - A senhora se sente chateada consigo mesma pela maneira como costuma tomar bebidas alcoólicas? - Costuma tomar bebidas alcoólicas pela manhã para diminuir o nervosismo ou ressaca? Padrão prévio e/ou atual de consumo de outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas), tratamentos realizados.
Rastreamento de Depressão	Rastreamento de depressão com escalas validadas para uso na atenção primária como o PHQ 9 (Anexo 2).

História clínica	Diabetes pré-gestacional, hipertensão, cardiopatias, hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia), doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC[1]), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, DST[2], tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, toxoplasmose, sífilis, outras doenças infecciosas, trombose venosa, transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica, alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros).
História obstétrica	Idade da primeira gestação; número de gestações anteriores, partos, abortamentos e perdas fetais; partos pré e pós-termo; intervalo entre os partos; gestações múltiplas; tipo de parto. Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; malformações congênitas. Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical. Mola hidatiforme, gravidez anembrionária ou ovo cego, gravidez ectópica Intercorrências no puerpério.
História de aleitamento materno	Desejo de amamentar. História de aleitamento em outras gestações, intercorrências como mastites, fissuras, abscessos mamários, cirurgias em mamas, bebês com baixo ganho de peso e necessidade de complementação, motivo e época do desmame.
História ginecológica	Ciclos menstruais. História de infertilidade/esterilidade; história de útero bicorne, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas, doença inflamatória pélvica. Data e resultados dos exames preventivos de câncer de colo uterino.
Saúde sexual	Idade de início da atividade sexual. Número de parceiros. Intercorrências como dor, desconforto. Práticas sexuais. Medidas de proteção para DST.
Imunização	Estado vacinal: Antitetânica – número de doses e data da última dose de reforço. Anti-hepatite B – esquema vacinal realizado (completo ou incompleto, antecedentes de doença, sorologia). Vacinação sazonal para gripe.
Saúde bucal	Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental. Acesso à água fluoretada. Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas. Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	Doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, gemelaridade, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, Doença de Chagas, câncer de mama ou colo uterino ou ovário, transtorno mental, deficiência, doença neurológica, parceiro com DST ou HIV/Aids, grau de parentesco com o pai do bebê.
Sinais e sintomas	Queixas frequentes como prurido, náuseas, vômitos, obstipação, flatulência, salivação excessiva, pirose, tontura, dor mamária, dor lombar, alterações no padrão de sono, dor e edema de membros inferiores, sintomas urinários.
Internamentos	História de internamentos na gestação atual.

Cálculo da idade gestacional (em semanas)	**Dia e mês da DUM conhecidos** Usar o gestograma ou contar, no calendário, o número de dias entre a DUM e a data da consulta, dividindo-o por 7, obtendo o resultado em semanas. **Somente o mês da DUM conhecido** Considerar dia 5, 15 ou 25, se período inicial, médio ou final do mês, respectivamente, e utilizar o gestograma ou o calendário. **Dia e mês da DUM desconhecidos** Cálculo aproximado a partir do exame físico, basicamente pela medida da altura do fundo do útero, e da presença de movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas.
Data Provável do Parto (DPP) (Duração média de 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM)	**Gestograma** **Regra de Naegele** **Cálculo do dia** - considerar o dia da DUM e somar 7. **Cálculo do mês e do ano** - Mês da DUM de janeiro a março – somar 9 ao mês e manter o ano. - Mês da DUM de abril a dezembro – diminuir 3 do mês e somar 1 ao ano. - se a contagem dos dias ultrapassar o número de dias previsto para o mês (28, 29, 30 ou 31), deve-se somar mais 1 ao mês da DUM.

[1]DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica; [2]DST: Doença sexualmente transmissível
Fonte: Minas Gerais, 2006; Febrasgo, 2010c; Curitiba, 2012b; Brasil, 2012e.

1.3.2 EXAME FÍSICO

Da mesma maneira, o exame físico evidencia situações de risco e possibilita o acompanhamento da evolução da gestação.

Quadro 3 – Exame físico da gestante

ÁREA	OBSERVAÇÕES
Pele e mucosas	Cor, hidratação, cloasma, manchas, lesões, turgor, tumorações.
Exame bucal	Dentes, gengiva, língua, palato e mucosa para identificar alterações de cor, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção.
Dados vitais	Pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar. Aferição de pressão arterial (PA) de acordo com a técnica preconizada (Anexo 3). Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo. Verificar em todos os atendimentos do pré-natal (C). Achados de exame e recomendações: • Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em 3 ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco. • Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA < 140/90 mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. • PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500 g semanais - fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e referir ao alto risco para avaliação, se persistir a dúvida. • PA > 160/110 mmHg ou PA > 140/90 mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência à maternidade.

	• Gestantes com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.
Avaliação Nutricional	Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre em gestantes com menos de 20 anos). Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com o Quadro 6. Achados de exame e recomendações: • Baixo peso – verificar alimentação, hiperêmese, anemia, parasitose etc.; orientar dieta e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. • Excesso de peso – verificar história, edema, elevação de PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; orientar alimentação saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. • Adolescentes com menarca há menos de 2 anos geralmente são classificadas com baixo peso. Se a menarca foi há mais de 2 anos, a interpretação dos achados assemelha-se ao de adultas. Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do cartão da gestante, baseado no IMC semanal (Item 1.2.1). Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial. Recomenda-se acompanhamento com intervalos menores, apoio do NASF e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
Região cervical	Palpação de tireoide, nódulos.
Mamas	Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.
Tórax	Avaliação pulmonar e cardíaca.
Abdome	Palpação abdominal.
Edema (B)	Fazer inspeção na face e membros superiores. Fazer palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral, e de membros inferiores (MMII) - região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos. Resultados: (-) ou ausente – monitorar rotineiramente. (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo; pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais; agendar retorno em 7 dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar ao médico e ao alto risco. Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar ao médico e ao alto risco.
Região inguinal e perineal	Inspeção de vulva, região anal, palpação de linfonodos.
Exame especular	Fazer colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade (amostra da

	ectocérvice com espátula de Ayre; contraindicado coleta endocervical - INCA). Recomendações: citologia normal ou inflamatória, repetir em 1 ano (conforme protocolo de rastreio; Lesão intra-epitelial de baixo grau (compreendendo efeito citopático pelo HPV e NIC I) repetir em 6 meses e acompanhar na APS; Lesão intra-epitelial de alto grau (compreendendo NIC II e III), Lesão intra-epitelial de alto grau, não podendo excluir microinvasão e Carcinoma epidermoide invasor, encaminhar para centro de referência de oncologia para diagnóstico de lesão invasora por biópsia; lesão invasora confirmada, carcinoma escamoso invasivo e adenocarcinoma *in situ* ou invasivo, encaminhar para FCECON.
Toque bimanual	Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade), volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), sensibilidade à movimentação uterina e anexos.
Palpação obstétrica (B)	Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina (B). Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica) (D). Manobra de Leopold: gestante em decúbito dorsal e abdome descoberto. a. Delimitar o fundo uterino com a borda cubital de ambas as mãos e reconhecer a parte fetal que o ocupa. b. Deslizar as mãos do fundo até o polo inferior uterino para identificar o dorso e as pequenas partes do feto. c. Explorar a mobilidade do polo que se apresenta no estreito superior pélvico. d. Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. Recomendação: A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para maternidades capazes de assistir casos de distócia.
Medida da Altura Uterina (B) Após 12ª semana	Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino (BRASIL, 2006; CLAP, 2010) de acordo com a idade gestacional (Figura 3). Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino. Recomendação: traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para consulta médica para confirmação da curva, solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.
Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico	Pela medida da altura do fundo do útero e toque vaginal, de acordo com os seguintes parâmetros: • Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino. • 8ª semana - o útero corresponde ao dobro do tamanho normal. • 10ª semana - o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual. • 12ª semana - o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica. • 16ª semana - o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.

<table>
<tr><td></td><td>

20ª semana - o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical.
20ª até 30ª semana - relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina.
30ª semana em diante - parâmetro menos fiel.
A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação.

Pela percepção do início dos movimentos fetais (entre 18ª e 20ª semana em geral).
Recomendação: na impossibilidade de identificação da idade gestacional, realizar ultrassonografia obstétrica precoce.
</td></tr>
<tr><td>Ausculta dos Batimentos Cardiofetais – BCF (C)
Após 10-12ª semana</td><td>
Realizar em todas as consultas a partir da 10ª a 12ª semana de gestação (D)
Sonar doppler da 10-12ª até 20ª semana de gestação; estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana.
Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF.
Contar número de BCF em 1 minuto. A frequência esperada é de 120 a 160 bpm.
Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração nestas condições, SINAL DE ALERTA, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.
Recomendação: alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino.
Pode ser realizado o Teste de Estímulo Sonoro Simplificado para avaliação da vitalidade fetal (Anexo 4).
</td></tr>
<tr><td>Registro Diário de Movimentos Fetais – RDMF (C)
(Mobilograma)</td><td>
Tem como objetivo avaliar o bem-estar fetal e é indicado para monitoramento em domicílio e/ou na UBS, em gestantes de baixo e médio risco, a partir da 34ª semana de gestação (C). Não é recomendado de rotina (A) para todas as gestantes de baixo e médio risco uma vez que há evidências contrárias à realização de cardiocografia anteparto em gestações de baixo risco (em torno de 50% de falsos positivos) (BRASIL, 2012).
Orientações para realização do registro no mobilograma:

Alimentar-se antes do início da contagem, sentar-se e colocar as mãos sobre o abdome.
Anotar o horário de início.
Marcar os movimentos até o sexto e anotar o horário do término.
Após uma hora sem 6 movimentos, iniciar novo registro por mais uma hora

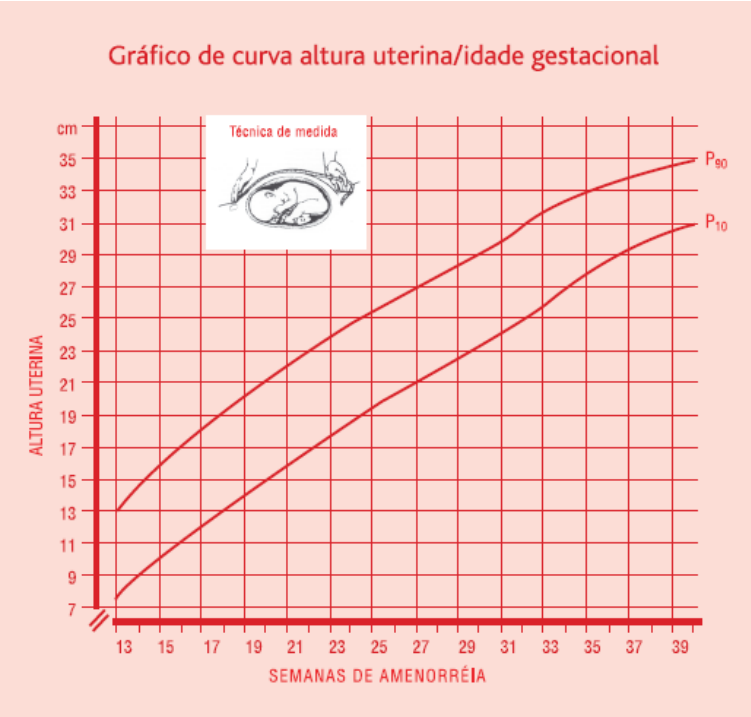
<table>
<tr><th colspan="9">Mobilograma</th></tr>
<tr><th>dia</th><th>Horário início</th><th colspan="6">Movimentos fetais</th><th>Horário término</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
Fonte: Brasil, 2005.

Procurar imediatamente a UBS ou a maternidade de referência após duas contagens consecutivas de uma hora com menos de 6 movimentos em cada uma (inatividade fetal).

</td></tr>
</table>

Clap: Centro Latino-Americano de Perinatologia; NIC: neoplasia intraepitelial cervical

Fonte: Minas Gerais, 2006; Febrasgo, 2010c; Curitiba, 2012b; Brasil, 2012e.



Fonte: Cartão da gestante, Ministério da Saúde

Figura 3 – Gráfico de curva de altura uterina de acordo com a idade gestacional

1.3.3 EXAMES LABORATORIAIS INICIAIS E DE SEGUIMENTO

Os exames laboratoriais iniciais e de seguimento estão expostos a seguir.

Quadro 4 - Exames laboratoriais e de seguimento do pré-natal

Exame	Período	Observações
Hematócrito e hemoglobina (Hb)	1 ª consulta 30ª semana	Se anemia presente, tratar e acompanhar Hb após 30 e 60 dias. Ver Plano de Cuidado.
Eletroforese de hemoglobina	1ª consulta	1ª consulta de pré-natal.se gestante negra, com antecedente de doença falciforme na família ou história de anemia crônica.
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta	Se Rh - e pai desconhecido ou Rh +, ou antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independente do Rh, solicitar Coombs indireto (BRASIL, 2012) • Coombs indireto positivo: referir ao alto risco. • Coombs indireto negativo: repetir exame de 4/4 semanas a partir da 24ª semana.
Glicemia de jejum (B)	1ª consulta	Se ≥ 126 mg/dL, sem sintomas característicos de DM2 (polifagia, polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso): repetir exame imediatamente. A presença de sintomas característicos de DM ou outro exame positivo confirmam diagnóstico de DM2; referir ao alto risco. Se entre 100 e 125 mg/dL – hiperglicemia de jejum. Encaminhar para avaliação nutricional, instituir medidas de prevenção primária - alimentação saudável e atividade física regular – monitorar com maior

		frequência e realizar hemoglobina glicada (HbA1c). Se HbA1c ≥ 6,5%, diagnóstico de DM2; referir ao alto risco. Se < 99 mg/dL– fazer TOTG na 24-28ª semana.
TOTG (jejum, 1 e 2h pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro) (B)	24-28ª semanas, nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM	Orientar jejum de 8h no mínimo e realizar o teste pela manhã. Diagnóstico de Diabetes melito gestacional (DMG) na presença de qualquer um dos seguintes valores: • Jejum ≥ 92 mg/dL • 1 h ≥ 180 mg/dL • 2 h ≥ 153 mg/dL Referir ao alto risco e monitorar na APS.
Urina tipo I, urocultura e antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	Cultura positiva[1] e/ou leucocitúria – tratar ITU e refazer exame 1 semana após término do tratamento. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou traços (2 exames), referir ao alto risco.
Teste rápido para sífilis nas UBS que têm o teste ou VDRL (B)	1ª consulta 3º trimestre parto e abortamento	Testar parceiros. Se teste rápido positivo, realizar VDRL e tratar casos confirmados de sífilis (ver situações especiais). Se teste rápido negativo, repetir sorologia no 3º trimestre, parto e abortamento.
Teste rápido para HIV (TR1 e TR2) nas UBS que têm o teste ou sorologia (A)	1ª consulta 30ª semana	Fazer aconselhamento pré e pós-teste. TR1 R: fazer o TR2 e referir ao alto risco. TR1 NR: aconselhamento e novo exame na 30ª semana, caso não haja suspeita de infecção pelo HIV. Se houver suspeita,recomenda-se repetir o exame em 30 dias.
HBsAg (A)	1ª consulta 3º trimestre	HBsAg positivo: o laboratório já realiza automaticamente o Anti-Hbs e o anti-Hbc. Fazer aconselhamento pós-teste e referir ao alto risco. HBsAg negativo: repetir exame no 3º trimestre. Fazer aconselhamento pós-teste. Se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre.
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 3º trimestre	IgG e IgM Reagentes: - avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: referir ao serviço de infectologia. - avidez forte e gestação < 16 semanas – doença prévia. Não repetir exame. IgM Reagente e IgG Não Reagente: doença recente, repetir o exame e referir ao serviço de infectologia. IgM Não Reagente e IgG Reagente: doença antiga, não repetir exame. IgM e IgG Não Reagente: suscetível. Orientar medidas de prevenção e repetir exame no 3º trimestre.
Malária (gota espessa)	Em todas as consultas de pré-natal	Orientar sinais de alerta, investigar quadros febris e tratar casos confirmados.

Ultrassom (USG)	Entre 10 e 12 semanas ou 20 e 24 semanas	Se início do pré-natal antes da 10ª semana de gestação, indicar USG transvaginal (entre 10 e 12 semanas); caso contrário, indicar USG obstétrico entre 20 e 24 semanas.
Parasitológico de fezes	Se necessário	Quando anemia presente ou outras manifestações clínicas sugestivas, investigar parasitose intestinal.
Proteinúria (teste rápido)	Se necessário	Gestantes com elevação de pressão arterial e edema.

[1] tratar bacteriúria assintomática. NR: não reagente; R: reagente; DM: diabetes melito; ITU: infecção de trato urinário.
Fonte: Brasil, 2011g, 2012c, 2012e; Curitiba, 2012b; Minas Gerais, 2006, 2013; Paranà, 2012; ADA, 2013.

Um estudo feito por Costa e col. (2013) no município de Manaus de 2007 a 2011 demonstrou que a área urbana apresentou o maior número de casos de malária em mulheres em idade fértil e em gestantes. Segundo os autores, a disponibilização do exame de gota espessa no pré-natal em toda rede básica de saúde do município de Manaus é, portanto, recomendada, favorecendo o diagnóstico precoce no pré-natal e na APS.

1.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

O cuidado materno-infantil é o foco da atenção ofertada pela equipe de saúde e o ponto de partida para a estruturação das redes de atenção à saúde. O tipo e a concentração de cuidado profissional necessários à gestante é determinado pela presença de critérios que caracterizam risco gestacional. Estes critérios referem-se a características biopsicossociais e intercorrências clínico-obstétricas atuais ou pregressas da gestante além de fatores de risco fetais.

A estratificação de risco é dinâmica e deve ser realizada continuamente durante as avaliações clínico-obstétricas ao longo de todo o pré-natal. As necessidades identificadas a partir dos estratos de risco gestacional orientam o grau de vigilância, os fluxos assistenciais, a relação entre autocuidado apoiado e cuidado profissional e a vinculação a serviços de menor ou maior densidade tecnológica. Vale ressaltar que mesmo quando a gestante realiza o pré-natal em serviços de alto risco, o cuidado é compartilhado por ambos os pontos de atenção (primário e secundário) e a equipe da APS deve manter o monitoramento periódico.

O Quadro 5 descreve a estratificação de risco gestacional proposta na Rede Manauara.

Quadro 5 – Estratificação de risco das gestantes
RISCO GESTACIONAL HABITUAL (BAIXO)
Gestação planejada e/ou desejada.
Idade materna maior ou igual a 15 anos até menor ou igual a 35 anos.
Intervalo interpartal superior a 1 ano.
Ausência de intercorrências clínico-obstétricas atuais e/ou pregressas.
Capacidade de autocuidado suficiente.
Ausência de cárie, gengivite e doença periodontal e boas condições de higiene bucal.
RISCO GESTACIONAL MODERADO (MÉDIO)
Mulheres negras, indígenas, privadas de liberdade ou procedentes do distrito rural (fluvial e terrestre).
Idade materna menor de 15 anos e maior de 35 anos.
Analfabetismo ou menos de 5 anos completos de estudo.
Relação familiar ou conjugal conflituosa; ausência de companheiro.
Condição que reduza ou impossibilite a autonomia para o autocuidado.
Presença de cárie dentária, gengivite leve a moderada e/ou periodontite leve a moderada.
Esforço físico excessivo, jornada de trabalho longa ou com rotatividade de horário, estresse.
Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos).
Índice de Massa Corporal inferior a 19 kg/m^2 ou superior a 30 kg/m^2 (> 18 anos).
Altura menor de 1,45 m.
Ganho ponderal inadequado.
Tabagismo.
Consumo frequente e/ou excessivo de bebida alcoólica.
História de transtorno do humor, transtorno de ansiedade, depressão pós-parto, transtorno disfórico pré-menstrual.
História familiar de transtorno mental severo (doença psiquiátrica na família).
História reprodutiva anterior
Nuliparidade.
Grande multiparidade (5 ou mais partos).
Intervalo interpartal menor de 1 ano.
Cirurgia uterina anterior.
Antecedentes de recém-nascido com crescimento restrito intrauterino ou malformação.
Macrossomia fetal.
Intercorrências clínico-obstétricas na gestação atual
Intercorrências clínico-obstétricas na gestação atual não classificadas como de alto ou muito alto risco e episódio isolado de infecção urinária, anemia.
RISCO GESTACIONAL ALTO
Dependência de substâncias psicoativas.
Gestação oriunda de estupro.
Graves fatores de risco psicossocial.

História reprodutiva anterior
Abortamento habitual. Morte perinatal. Prematuridade. Esterilidade/infertilidade. Síndrome hemorrágica ou hipertensiva (com mau resultado obstétrico ou perinatal).
Condição obstétrica ATUAL estabilizada (controlada)
Gestação múltipla. Diabetes gestacional. Hemorragias da gestação. Desvio quanto ao crescimento intrauterino e volume do líquido amniótico. Ganho ponderal inadequado persistente e não estabilizado. Desnutrição materna severa. Placenta prévia. Doença hipertensiva específica da gestação. Macrossomia do concepto com patologias. Malformações fetais ou arritmia fetal. Vitalidade fetal alterada. Isoimunização Rh (Coombs indireto positivo)..
Condição clínica não estabilizada (não controlada)
Condiloma - lesão de médio a grande porte e/ou intercorrências e/ou resistência ao tratamento. Tuberculose, malária - com intercorrências e/ou resistência ao tratamento.
Condição clínica estabilizada (controlada)
Presença de cárie dentária com comprometimento pulpar, histórico de abscesso dento-alveolar e/ou periodontal, periodontite grave. **D**iabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, infecção urinária de repetição, infecção do trato respiratório, asma severa, doença pulmonar obstrutiva crônica, tireoidopatias, doenças hematológicas, doenças autoimunes, epilepsia, doenças cardíacas, doenças renais, transplante Obesidade mórbida, cirurgia bariátrica prévia. Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia, alterações genéticas maternas, evidência laboratorial de proteinúria. Anemia grave ou refratária a tratamento com sulfato ferroso. **Doenças infecciosas –** HIV/Aids, toxoplasmose, rubéola, sífilis terciária, hepatite. **Câncer** e alta suspeição de câncer ou lesão precursora. **Transtornos mentais** moderados e graves e/ou ideação suicida. **Doenças ginecológicas** - útero bicorne, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, gravidez ectópica, mola hidatiforme, gravidez anembrionária ou ovo cego, incompetência istmocervical, 3 ou mais cesareanas, correção cirúrgica de malformação uterina.
RISCO GESTACIONAL MUITO ALTO
Ameaça de parto prematuro. Óbito fetal. Condição obstétrica na gravidez atual e/ou condição clínica e/ou transtorno mental severo não estabilizados (controladas). Malformações fetais graves confirmadas.

Fonte: Minas Gerais, 2006, 2013; Febrasgo, 2010c, 2011a; Curitiba, 2012b; Brasil, 2012c, 2012e.

As gestantes estratificadas como de risco habitual (baixo) realizam o pré-natal na APS de acordo com o calendário estabelecido para tal. Para as de risco médio, o pré-natal também é realizado na APS mas a concentração de consultas e atendimentos é

determinada de acordo com as necessidades identificadas pela equipe de saúde. Para gestantes consideradas de alto risco, o acompanhamento em serviços de referência (infectologia, por exemplo) e de pré-natal de alto risco é recomendado (A), além do monitoramento compartilhado pela equipe da APS. Para aquelas consideradas de muito alto risco, além do pré-natal ser realizado nos serviços de alto risco, indica-se a **gestão de caso** pela equipe da APS, com busca ativa e monitoramento mais frequente até estabilização.

Independente do estrato de risco identificado para uma gestante num determinado momento, a presença de situações agudas que caracterizam urgência clínico-obstétrica exigirão abordagem e fluxos específicos da URGÊNCIA/EMERGÊNCIA.

A prevalência estimada conforme o estrato de risco gestacional é de 85 a 90% de baixo e médio risco, 10 a 12% de alto risco e 3 a 4 % de muito alto risco (BRASIL, 2012c, 2012e; MINAS GERAIS, 2013).

1.5 CALENDÁRIO DE CONSULTAS

Para gestantes de risco baixo (habitual) e médio, preconiza-se, em média, 7 consultas médicas e de enfermeiro(a) na UBS, alternadas (no mínimo 6 – BRASIL, 2012e) (A), distribuídas de acordo com o período gestacional em:

- mensais até 28ª semana.
- quinzenais entre 29ª e 36ª semana.
- semanais a partir da 37ª semana até o nascimento.

Já para as de alto e muito alto risco, que também são acompanhadas em serviços de referência, a recomendação é de alternar as consultas médicas e de enfermeiro(a) na UBS da seguinte maneira:

- a cada 6 semanas até 34ª semana
- quinzenais entre 35ª e 38ª semana
- semanais a partir da 39ª semana até o nascimento.

Se a gestante completar 41 semanas de gestação, ela deve ser encaminhada à maternidade e monitorada. Para as gestantes com HIV/Aids, este prazo é de 38 semanas de gestação. No puerpério, as consultas alternadas entre o médico(a) e o(a) enfermeiro(a) devem ocorrer no 7 º dia após o parto e entre 15 e 30 dias, independente do estrato de risco, concomitante às avaliações do recém-nascido.

Para todas as gestantes, recomenda-se uma consulta inicial com o cirurgião-dentista e seguimento de acordo com a necessidade, uma visita à maternidade e 2 ciclos de atividades de grupo operativo/autocuidado e educação em saúde (com a equipe da UBS e do NASF), compreendendo 8 encontros (4 por ciclo). As visitas domiciliares pelo ACS devem ser mensais, e nas gestantes de muito alto risco, a periodicidade pode ser menor.

Em relação à programação de consultas para gestantes de alto e muito alto risco acompanhadas em serviços de referência (ASS), o critério é individualizado mas a recomendação é de no mínimo de 1 consulta mensal com o(a) enfermeiro(a) e com o médico(a). Consultas em outras especialidades médicas como cardiologia, endocrinologia, nefrologia, etc., são determinadas de acordo com a necessidade.

1.6 PLANO DE CUIDADO

1.6.1 SAÚDE ALIMENTAR E NUTRICIONAL

RECOMENDAÇÃO E MONITORAMENTO DE GANHO DE PESO DA GESTANTE

Com a classificação nutricional inicial, de acordo com o IMC e a semana gestacional, a equipe de saúde monitora o ganho de peso dentro do que é recomendado.

Quadro 6 - Avaliação do estado nutricional segundo o IMC por semana gestacional

Semana gestacional	Baixo peso IMC inferior a	Peso adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC superior a
6	19,9	20,0 - 24,9	25,0 - 30,0	30,1
7	20,0	20,1 - 25,0	25,1 - 30,1	30,2
8	20,1	20,2 - 25,0	25,1 - 30,1	30,2
9	20,2	20,3 - 25,2	25,3 - 30,2	30,3
10	20,2	20,3 - 25,2	25,3 - 30,2	30,3
11	20,3	20,4 - 25,3	25,4 - 30,3	30,4
12	20,4	20,5 - 25,4	25,5 - 30,3	30,4
13	20,6	20,7 - 25,6	25,7 - 30,4	30,5
14	20,7	20,8 - 25,7	25,8 - 30,5	30,6
15	20,8	20,9 - 25,8	25,9 - 30,6	30,7
16	21,0	21,1 - 25,9	26,0 - 30,7	30,8
17	21,1	21,2 - 26,0	26,1 - 30,8	30,9
18	21,2	21,3 - 26,1	26,2 - 30,9	31
19	21,4	21,5 - 26,2	26,3 - 31,0	31,1
20	21,5	21,6 - 26,3	26,4 - 31,0	31,1
21	21,7	21,8 - 26,4	26,5 - 31,1	31,2
22	21,8	21,9 - 26,6	26,7 - 31,2	31,3

23	22,0	22,1 - 26,8	26,9 - 31,3	31,4
24	22,2	22,3 - 26,9	27,0 - 31,4	31,5
25	22,4	22,5 - 27,0	27,1 - 31,6	31,7
26	22,6	22,7 - 27,2	27,3 - 31,7	31,8
27	22,7	22,8 - 27,3	27,4 - 31,8	31,9
28	22,9	23,0 - 27,5	27,6 - 31,9	32
29	23,1	23,2 - 27,6	27,7 - 32,0	32,1
30	23,3	23,4 - 27,8	27,9 - 32,1	32,2
31	23,4	23,5 - 27,9	28,0 - 32,2	32,3
32	23,6	23,7 - 28,0	28,1 - 32,3	32,4
33	23,8	23,9 - 28,1	28,2 - 32,4	32,5
34	23,9	24,0 - 28,3	28,4 - 32,5	32,6
35	24,1	24,2 - 28,4	28,5 - 32,6	32,7
36	24,2	24,3 - 28,5	28,6 - 32,7	32,8
37	24,4	24,5 - 28,7	28,8 - 32,8	32,9
38	24,5	24,6 - 28,8	28,9 - 32,9	33,0
39	24,7	24,8 - 28,9	29,0 - 33,0	33,1
40	24,9	25,0 - 29,1	29,2 - 33,1	33,2
41	25,0	25,1 - 29,2	29,3 - 33,2	33,3
42	25,0	25,1 - 29,2	29,3 - 33,2	33,3

Fonte: ATALAH et al, 1997 em BRASIL, 2012e.

Para o 1º trimestre gestacional, a recomendação varia em média de 0,5 a 2,0 kg por semana, mas em gestantes com baixo peso, pode chegar a 2,3 kg/semana. Nos outros 2 trimestres, o ganho médio semanal deve variar de 0,2 a 0,5 kg por semana e a curva no gráfico de Acompanhamento Nutricional do cartão da gestante, baseado no IMC semanal (Figura 4), deve ser ascendente e com inclinação diferenciada, de acordo com a classificação nutricional.

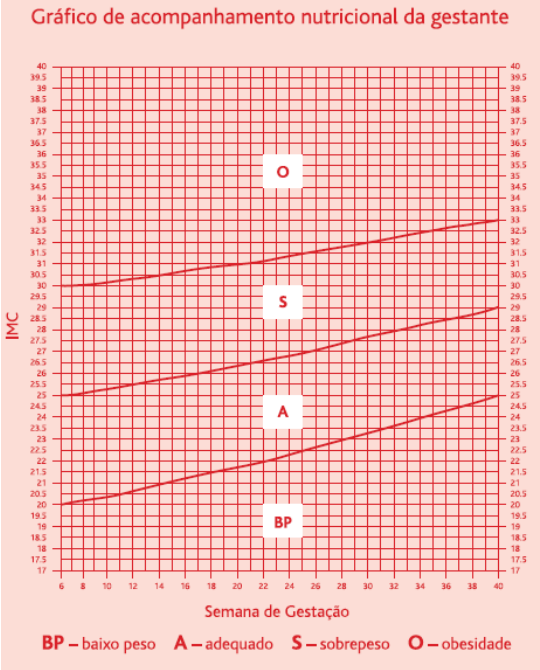
Recomenda-se a utilização do peso anterior á gestação para avaliar o estado nutricional pré-gestacional. Na impossibilidade de obtenção dessa informação, utiliza-se o peso disponível do primeiro trimestre.

O Instituto de Medicina dos EUA (1992, em VITOLO, 2008) propôs uma curva de ganho de peso total durante a gravidez de acordo com o estado nutricional inicial da gestante. Podem ser observadas três linhas de ganho de peso que se diferenciam a partir da 16ª semana gestacional, na qual a gestante que inicia a gravidez com baixo peso deve ter um ganho ponderal superior àquela eutrófica e vice-versa (VITOLO, 2008).

Quadro 7 – Recomendação de ganho de peso durante a gestação de acordo com a classificação nutricional

Classificação nutricional	Recomendação de ganho de peso		Inclinação ascendente da curva
	Semanal a partir do 2º trimestre	Todo período gestacional	
Baixo peso	0,5 kg/semana	12,5 a 18 kg	maior que a da curva de limite inferior

			da faixa de peso adequado
Peso adequado	0,4 kg/semana	11,5 a 16 kg	paralela às da faixa de peso adequado
Sobrepeso	0,3 kg/semana	7 a 11,5 kg	paralela à curva que delimita a faixa de sobrepeso
Obesidade	0,2 kg/semana	5 a 9 kg	semelhante ou inferior à curva do limite inferior da faixa de obesidade



Fonte: Cartão da gestante, Ministério da Saúde

Figura 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

Se o ganho de peso for inferior ao recomendado, é preciso estar atento a fatores como consumo calórico insuficiente, excesso de atividade física, hiperêmese, anemia, parasitose, transtornos alimentares etc. Se o ganho for superior ao esperado, consumo excessivo de alimentos, sedentarismo, edema, elevação de PA, macrossomia, gravidez múltipla e polidrâmnio devem ser investigados. Em ambas as situações, a vigilância nutricional deve ser mais intensiva e é importante contar com o apoio da equipe do NASF.

Gestantes com risco nutricional - peso inicial < 45 kg e > 75 kg; peso inicial baixo ou excessivo; curva de IMC por semana de gestação descendente ou horizontal ou curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial – devem ser acompanhadas em intervalos menores e participar das atividades de autocuidado apoiado na UBS e com os nutricionistas do NASF. Se o ganho de peso inadequado persistir, o acompanhamento deve ser compartilhado com o alto risco.

Adolescentes com menarca há menos de 2 anos geralmente são classificadas com baixo peso e a inclinação da curva no gráfico deve ser ascendente. Se a menarca foi há mais de 2 anos, a interpretação dos achados assemelha-se ao de adultas. Nas gestações múltiplas, o ganho de peso médio recomendado é em torno de 0,75 kg/semana a partir do 2º trimestre.

A gestação gemelar implica em maior ganho de peso especialmente nos dois últimos trimestres de gravidez. O crescimento fetal ótimo e o ganho de peso de gêmeos ao nascer são resultantes de diferentes velocidades de ganho de peso materno e dependem do estado nutricional materno e período gestacional (VITOLO, 2008).

Quadro 8 - Ganho de peso recomendado para gestações gemelares

Idade Gestacional (semanas)	Baixo peso IMC > 19,8 kg/m²	Eutrófica IMC entre19,8 e 26 kg/m²	Sobrepeso IMC entre 26,1 e 29 kg/m²	Obesidade IMC > 29 Kg/m²
0-20	0,57 – 0,79	0,45-0,67	0,45-0,56	0,34 – 0,45
20 -28	0,68 – 0,78	0,56-0,78	0,45-0,67	0,34 -0,56
Acima de 28	0,56	0,45	0,45	0,34

Fonte: Luke et. al., 2003; Brasil, 2012c, 2012e.

ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

A orientação da gestante quanto à adoção de uma alimentação saudável tem como objetivo suprir suas necessidades nutricionais, garantir o adequado crescimento e desenvolvimento do bebê, e preparar o organismo para a amamentação. Para tanto, a equipe de saúde deve utilizar estratégias de educação alimentar e nutricional e de apoio ao autocuidado, respeitando a cultura alimentar da gestante e/ou de sua família assim como seu direito de escolha. As recomendações baseiam-se nos **Dez passos para uma alimentação saudável das gestantes** do Ministério da Saúde.

Quadro 9 - Dez passos para uma alimentação saudável para gestantes

1º	Fazer pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis ao dia, evitando períodos de jejum superiores a 3 horas. Beber 6 a 8 copos de água filtrada e fervida ou clorada (2 litros) nos intervalos das refeições.
2º	Incluir diariamente nas refeições 6 porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/macaxeira/aipim. Preferir alimentos integrais como farinha integral, pães integrais, aveia, linhaça, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais. Nas refeições principais, os carboidratos devem ocupar metade do prato.
3º	Procurar consumir diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches. Preferir alimentos crus, hortaliças verde-escuras, frutas e legumes de cores variadas e sucos naturais feitos

	na hora. Lavar em água corrente, deixar de molho por 10 minutos em água clorada (1 colher de sopa do produto para cada litro de água) e enxaguar com água corrente.
4º	Comer feijão (1 parte) com arroz (2 partes) pelo menos 5 vezes por semana, por ser excelente fonte de proteínas. Variar os tipos de feijão, consumir também grão-de-bico, ervilha seca, lentilha, soja, entre outros. Evitar preparações com carne salgada e/ou gordurosa ou embutidos. Sementes (girassol, gergelim, abóbora e outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras) também são fontes de proteínas e gorduras de boa qualidade. Evitar as salgadas.
5º	Consumir diariamente 3 porções de leite e derivados, de preferência integrais (na ausência de contraindicação), sem acréscimo de achocolatado ou café, e distante das refeições com carne e vísceras. Consumir também 1 porção de carnes (sem gordura), aves (sem pele), peixes frescos (2 vezes por semana) ou ovos, em preparações assadas ou cozidas, com pouca gordura. Evitar carnes malpassadas ou cruas.
6º	Diminuir o consumo de gorduras. Consumir, no máximo, 1 porção diária de óleos vegetais (de preferência), azeite, manteiga ou margarina. Ficar atenta aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans. Evitar frituras.
7º	Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no dia a dia (como sobremesas, doces e açúcares). Preferir frutas ou sobremesas menos calóricas como gelatinas e picolés de frutas. Recomenda-se o uso de edulcorantes apenas para gestantes que precisam controlar o ganho de peso ou são portadoras de diabetes, sob orientação do profissional de saúde. Edulcorantes não calóricos atualmente aprovados para uso em gestantes com excesso de peso ou diabetes melito são: aspartame, acessulfame-K, sucralose e neotame (Saunders e col., 2010). Seu uso deve seguir a recomendação de quantidade máxima diária e ser alternado. A sacarina é liberada para uso em gestantes mas seu uso deve ser cauteloso uma vez que os estudos sobre efeitos no desenvolvimento fetal e crescimento infantil não são conclusivos e ela geralmente está associada ao ciclamato de sódio, contraindicado na gestação.
8º	Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos. Consumir no máximo 1 colher de chá rasa de **sal iodado** por dia. Preferir temperos naturais, escolher alimentos industrializados com menor teor de sódio e guardar o sal em local fresco e ventilado.
9º	Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas, nozes e outros. Consumir junto desses alimentos aqueles fontes de vitamina C como: acerola, laranja, limão e outros.
10º	Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, não fumar e evitar as bebidas alcoólicas.

Fonte: adaptado de Brasil, Alimentação saudável para gestante: siga os dez passos. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosGestantes.pdf.

CONSUMO DE ADOÇANTES E EDULCORANTES

O uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para mulheres que precisam controlar o seu ganho de peso e para as diabéticas.

Os edulcorantes são classificados em nutritivos e não nutritivos. São substancias que conferem sabor doce aos alimentos. Dentre os adoçantes mais conhecidos temos o aspartame, a sacarina e o ciclamato, muito utilizados, por exemplo, em produtos de baixo teor calórico como refrigerantes, alimentos dietéticos e como adoçantes de mesa.

Segundo revisões científicas da American Diabetes Association (ADA) o aspartame não é carcinogênico e não esta associado a desordens neurológicas. Quanto à sacarina, alguns autores recomendam o consumo restrito por gestantes, em função da falta de informação conclusiva sobre efeitos no desenvolvimento fetal e da migração transplacentária e transmámaria. Já o consumo de esteviosídio não é indicado para as gestantes. Os adoçantes não calóricos aprovados para uso da população em geral, incluindo as gestantes são: aspartame, sucralose, acessulfame K e neotame (SAUNDERS et al, 2010) no entanto, os adoçantes não calóricos deve ser consumidos em quantidades usuais garantindo-se o consumo de Ingestão Diária Aceitável (BANTLE et al, 2008). A Sociedade Brasileira de Diabetes recomenda ainda alternar o tipo de edulcorante.

O consumo de frutose, sob a forma de adoçante, deve ser desestimulado, por aumentar os níveis de lipídeos plasmáticos. Porém, não se recomenda que indivíduos evitem a frutose naturalmente presente nos alimentos (BANTLE et al, 2008).

Os alimentos dietéticos isentos de sacarose podem ser indicados para gestantes diabéticas, desde que se conheça a sua composição nutricional e o tipo de edulcorante utilizado, porém é necessário observar que apesar de não conter açúcar muitos destes produtos são calóricos além de conter grande quantidade de gorduras trans e ácidos graxos saturados como, por exemplo: chocolates, sorvetes e biscoitos. Já os refrigerantes, sucos e gelatinas dietéticas possuem baixo valor calórico, mas excedem o teor de sódio (BRASIL, 2013f).

Quadro 10 - Ingestão Diária Máxima de edulcorantes permitidos para gestantes

EDULCORANTE	Valor energético (kcal/g)	INGESTÃO DIÁRIA ACEITÁVEL	CATEGORIA
Aspartame	4	40 mg/kg	B (C em mulheres com fenilcetonúria)
Acessulfame- K	0	15 mg/kg	B
Sucralose	0	5 mg/kg	B
Neotame	0	2 mg/kg	
Sacarina	0	5 mg/kg	C

Fonte: Torloni e col., 2007; Saunders e col., 2010.

QUANTIDADE DIÁRIA RECOMENDADA DE GRUPOS DE ALIMENTOS

A avaliação de marcadores de consumo alimentar favorece a vigilância alimentar e nutricional da gestante e apoia a elaboração do plano de cuidado e de autocuidado. O formulário está disponível no Anexo 5.

Em geral, no 2º e 3º trimestres de gestação, a alimentação deve oferecer uma quantidade média adicional de 300 calorias por dia, em comparação à alimentação das

não gestantes. Em gestações múltiplas, esta quantidade média adicional é de 600 calorias por dia. Adolescentes necessitam de adequação do consumo diário de nutrientes para garantir tanto o seu crescimento físico e desenvolvimento como o do bebê. Gestantes que não consomem carnes, ovos, leite e derivados precisam de orientação específica por parte da equipe de saúde.

Quadro 11 - Quantidade diária recomendada de grupos de alimentos e equivalência por porção

GRUPO DE ALIMENTOS	QUANTIDADE EQUIVALENTE A UMA PORÇÃO, EM MEDIDAS CASEIRAS	
6 porções/dia de cereais, tubérculos e raízes	1 pão francês 1 pão de leite (tipo para cachorro-quente) 1 xícara de cereal matinal 1 fatia fina de bolo simples (sem cobertura e recheio) 2 fatias de pão de forma, integral ou de centeio 4 fatias de torrada de pão integral 6 fatias finas de torrada de pão francês 5 biscoitos tipo *cream cracker* 6 biscoitos de leite sem recheio 3 ½ colheres de sopa de macarrão 4 colheres de sopa de arroz cozido 6 colheres de sopa de arroz integral ½ und tapioca simples 2 colheres de sopa de farinha de macaxeira	4 colheres de sopa de mandioca cozida 2 ½ colheres de sopa de aveia 3 ½ colheres de sopa de farinha de milho 3 xícaras de pipoca 1 espiga de milho verde ou 7 colheres de sopa de milho debulhado 1 ½ unidade de batata cozida (200g) ou 3 colheres de sopa de batata picada 3 colheres de sopa de purê de batata sem molho 3 ½ colheres de sopa de cará amassado/cozido 3 colheres de sopa de batata doce cozida 3 ½ colheres de sopa de ariá cozido 1 colher de sopa de goma de tapioca
3 porções/dia de verduras e legumes	15 folhas de alface, jambu ou outras folhas 1 unidade de pepino ou 4 colheres de sopa de pepino picado 1 ½ colheres de sopa de jerimum cozido e feijão cacuco cozido 2 colheres de sopa de berinjela cozida, beterraba crua ralada, cenoura crua picada, couve manteiga, feijão verde de metro 3 unidades de pequenos	3 colheres de sopa de quiabo, maxixe, couve ou pimentão cozido 4 fatias de tomate comum ou 7 unidades de tomate cereja 4 ½ colheres de sopa de pimentão cozido 6 colheres de sopa de repolho picado
3 porções/dia de frutas	½ unidade de mamão, manga 1 unidade de banana, laranja, maçã, tangerina, araçá-boi 1 fatia de abacaxi 2 unidades de carambola, camu-camu, ingá 10 unidades de acerola 2 fatias pequenas de melão ou melancia 1 unidade de tucumã 1 unidades de pupunha	½ xícara de chá de salada de fruta (banana, laranja, maçã, mamão) ½ xícara de chá de polpa de manga batida ou de suco de maracujá puro ½ copo (125 ml) de suco de laranja puro ½ copo de suco concentrado de cupuaçu ¼ copo de suco de buriti
1 porção/dia de feijões	1 concha média rasa de feijão (50% de caldo) 2 colheres de sopa de grão de feijão, lentilha ou grão de bico	2 ½ colheres de ervilha seca cozida 1 colher de servir de soja cozida
3 porções/dia de leite e derivados	2 colheres de sopa de leite integral em pó 1 pote de iogurte desnatado de frutas 1 copo de 250 ml de iogurte integral natural	1 fatia grande de queijo minas frescal 1 ½ fatia de queijo prato 2 fatias de ricota 1 fatia de Queijo coalho 3 fatias de queijo mussarela 3 colheres de sopa de queijo parmesão ralado

		1 e ½ colher de sopa de requeijão
1 porção/dia de carnes e ovos	1 bife de carne de boi magra, de fígado de boi ou de peito de frango pequeno e grelhado 1 coxa ou sobrecoxa cozida ou assada sem molho e sem pele 3 ½ colheres de sopa de carne moída refogada	4 pedaços pequenos de carne magra cozida 2 unidades de ovos cozidos 1 omelete simples 1 filé de tambaqui grelhado ou assado 1 filé de pirarucu grelado ou assado 2 unidades de jaraqui cozido ou assado 1 filé de matrinxã ou tucunaré 2 unidades de sardinha assada ou cozida
1 porção/dia de óleos e gorduras	½ colher de sopa de margarina vegetal sem gordura trans ½ colher de sopa de manteiga	1 colher de sopa de óleo vegetal (soja, milho, girassol ou canola) 1 colher de sopa de azeite de oliva 2 unidades de castanha do Brasil

Fonte: Adaptado de Brasil, 2006b,, 2012e, 2013f; Curitiba, 2012b; Tabela de Composição de Alimentos da Amazônia, INPA, 2010.

SEGURANÇA ALIMENTAR

A gestante deve ser orientada a prevenir infecções alimentares. Para tanto, precisa ser informada sobre a contaminação dos alimentos que pode ocorrer em várias etapas desde a produção ao consumo. Esta contaminação pode ser classificada em três tipos: biológica, química e física.

Nos alimentos biologicamente contaminados estão presentes bactérias, fungos, vírus ou parasitas que são amplamente distribuídos no meio ambiente e contaminam os alimentos principalmente por contato com o solo, água poluída, animais domésticos, insetos, pragas, utensílios não higienizados adequadamente e por meio das pessoas que preparam a comida (mãos, unhas, cabelo, roupas, etc).

As principais doenças transmitidas pelos alimentos estão descritas no quadro a seguir.

Quadro 12 – Principais doenças transmitidas por alimentos

DOENÇA/AGENTE	ALIMENTOS ENVOLVIDOS	SINTOMATOLOGIA
Intoxicação por estafilococos (*S. aureus*)	Bolos, tortas, doces e salgados com recheios, cremes e coberturas.	Náusea, vômito, cólica, diarreia entre 1 e 8h após o consumo.
Salmonelose *(Salmonela sp)*	Carnes (aves, boi, porco), ovos crus.	Febre, náusea, vômito, cólica e diarreia entre 6 e 72h após o consumo.
Shiguelose *(Shiguella sp)*	Qualquer alimento, principalmente água, saladas e mariscos.	Febre, náusea, vômito, cólica, diarreia (fezes com muco e sangue) entre 24 e 72h após o consumo.
Colebacilose *(Escherichia coli)*	Água e saladas cruas.	Cefaleia, febre, náusea, vômito, cólica, diarreia com sangue entre 12 e 36h após o consumo.
Clostridiose *(Clostridium perfringens)*	Carnes mal cozidas, caldos, molhos, sopas e massas.	Náusea, vômito, cólica, diarreia entre 8 e 22h após o consumo.
Botulismo *(Clostridium botulinum)*	Conservas caseiras pouco ácidas, palmito em conserva, carne enlatada ou conservada na banha, pescados a vácuo.	Tontura, visão turva, boca seca, dificuldade para falar, engolir e caminhar, morte por parada respiratória entre 2h e 8 dias do

		consumo.
Infecção por Rotavírus	Alimentos, água ou objetos contaminados por pessoas infectadas.	Desde diarreia discreta a quadros graves com febre, vômitos e desidratação, podendo ocorrer morte.
Intoxicação ou infecção por bacilo cereus *(Bacillus cereus)*	Produtos a base de cereais, arroz, amido, molhos, almôndegas e massas.	Intoxicação – náusea e vômito após 2 a 4h do consumo. Infecção – náusea, diarreia e cólica entre 8 e 16h do consumo.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2010e.

Todos os casos de doenças transmitidas por alimentos devem ser comunicados imediatamente à Vigilância Sanitária Municipal que iniciará o processo de investigação das causas para evitar que outras pessoas sejam contaminadas.

É importante orientar a gestante que na hora da compra dos alimentos observe se:

- O estabelecimento comercial apresenta adequadas condições de conservação dos alimentos.
- Os atendentes e manipuladores estão vestidos de forma adequada à atividade que exercem. Os que manipulam alimentos devem usar touca e o uniforme deve estar sempre limpo.
- Os produtos estão mantidos em prateleiras limpas e organizadas. Se os produtos estiverem no chão não devem ser comprados. Alimentos congelados e refrigerados devem ficar armazenados na temperatura recomendada pelo fabricante.
- O prazo de validade está em vigor, se há identificação do fabricante e quais as condições da embalagem. Se elas estiverem violadas, amassadas ou rasgadas e as latas enferrujadas, estufadas ou com qualquer outra alteração, não devem ser compradas.
- Os alimentos apresentam alteração na cor, consistência ou se há presença de materiais estranhos (cabelo, insetos, sujidades).
- As cascas dos ovos estão quebradas ou rachadas; em caso afirmativo, eles não devem ser consumidos.
- As carnes pré-embaladas e congeladas são mantidas em balcão frigorifico ou freezer.
- Os alimentos congelados estão firmes e sem sinais de descongelamento, como acúmulo de líquido ou gelo por fora da embalagem;
- Os produtos de origem animal têm o Selo de Inspeção Fiscal (SIF) do Ministério da Agricultura ou do Serviço de Inspeção Estadual ou Municipal.

- Os peixes estão com a pele firme, úmida e sem manchas. Os olhos devem estar brilhantes e salientes. As escamas unidas e presas à pele. As brânquias (guelras) podem variar de rosa ao vermelho intenso, mas devem ser brilhantes e sem viscosidade.

A ordem mais adequada da compra dos alimentos para que se evite contaminação é:

1º - Alimentos não perecíveis (arroz, feijão, farinha).

2º - Alimentos perecíveis congelados (carnes, aves).

3º - Alimentos perecíveis refrigerados (iogurtes, queijos, carnes).

Observações importantes:

- É necessário organizar o tempo entre a compra dos alimentos perecíveis e seu armazenamento em casa para não ultrapassar duas horas.
- Quando os equipamentos de refrigeração e congelamento dos supermercados estão fora da temperatura correta ou são desligados à noite, acumulam água no chão ou no fundo do equipamento, indicando que os produtos não foram conservados na temperatura ideal.

O Quadro 13 orienta os cuidados recomendados para o preparo dos alimentos.

Quadro 13 – Orientações quanto ao cuidado no preparo de alimentos

ORIENTAÇÃO	COMENTÁRIOS
1- Mantenha a limpeza	Os microrganismos perigosos, que causam doenças, podem ser encontrados na terra, na água, nos animais e nas pessoas. Eles são transportados de uma parte à outra parte pelas mãos ou por meio de utensílios, roupas, panos, esponjas e quaisquer outros objetos que não tenham sido lavados de maneira adequada. Um leve contato pode ser suficiente para contaminar os alimentos.
2- Separe alimentos crus e cozidos	Os alimentos crus, especialmente a carne, o frango e o pescado, podem conter microrganismos perigosos que se transferem facilmente para outros alimentos já cozidos ou prontos para o consumo, durante o preparo ou a conservação.
3- Cozinhe completamente os alimentos	O cozimento correto mata quase todos os microrganismos perigosos. Estudos mostram que cozinhar os alimentos de forma que todas as partes alcancem 70ºC garante a sua segurança para o consumo. Alguns alimentos, como pedaços grandes de carne, frangos inteiros ou carne moída, requerem um especial controle do cozimento. O reaquecimento adequado elimina microrganismos que possam ter se desenvolvido durante a conservação.
4- Mantenha os alimentos em temperaturas seguras	Alguns microrganismos podem multiplicar-se muito rapidamente se o alimento é conservado à temperatura ambiente. Abaixo de 5ºC e acima de 60°C, o crescimento microbiano torna-se lento ou paralisado. Alguns microrganismos patogênicos podem crescer

	mesmo em temperaturas abaixo de 5ºC.
5- Use água e matérias primas seguras	As matérias-primas, incluindo a água, podem conter microrganismos e produtos químicos prejudiciais à saúde. É necessário ter cuidado na seleção de produtos crus e tomar medidas preventivas para reduzir o risco, como lavá-los e descascá-los.

Fonte: Brasil, 2006b, 2010e, 2011d; SBP, 2012a.

CUIDADOS COM A ÁGUA

Quando a água para consumo humano disponível na casa não for tratada por um sistema público de abastecimento eficiente, ela dever ser filtrada com filtro doméstico, coador de papel ou pano limpo, e depois fervida por cinco minutos ou tratada com cloro (BRASIL, 2011d). O cloro é distribuído nas Unidades de Saúde na forma de hipoclorito de sódio. Devem ser utilizadas duas gotas de hipoclorito para cada litro de água. Depois de adicionar o produto à água, é necessário agitar bem e deixar repousar por 30 minutos. A água fervida ou tratada com cloro deve ser armazenada em recipiente limpo e bem tampado, em local fora do alcance de animais (BRASIL, 2011d).

Para preparar os alimentos com segurança, é necessário o uso de água potável e em quantidade adequada. Usar água de boa qualidade é fundamental em todas as etapas de produção e consumo pois se a água utilizada para irrigar a plantação estiver contaminada, os produtos colhidos poderão causar verminoses e outras doenças.

A higienização das frutas, verduras e legumes deve ser feita com água limpa. Após a seleção e lavagem dos mesmos em água corrente, recomenda-se deixá-los de molho durante 10 minutos em água com hipoclorito de sódio (1 litro de água para 1 colher das de sopa de hipoclorito de sódio 2,5%) e enxaguá-los em água corrente.

A lavagem dos utensílios, equipamentos e das mãos dos manipuladores dos alimentos também deve ser feita com água limpa. Para os utensílios domésticos, recipientes para água e embalagens de alimentos, deve-se utilizar água filtrada e tratada. Após lavá-los com água corrente e sabão, deve-se deixá-los de molho em água clorada (2 colheres das de sopa de hipoclorito de sódio 2,5% para cada litro de água) durante 15 minutos. O enxágue deve ser feito com água para consumo humano.

1.6.2 PREVENÇÃO E/OU TRATAMENTO DE ANEMIA

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E CONTROLE DE ANEMIA

Orientações alimentares

a) Estimular o consumo de alimentos ricos em ferro, vitaminas B12, B6, vitamina C e ácido fólico.

- Alimentos fontes de ferro heme (alta biodisponibilidade): carnes vermelhas, principalmente vísceras (fígado e miúdos), carnes de aves, suínos, peixes e mariscos.
- Alimentos fontes de ferro não heme (baixa biodisponibilidade) são: hortaliças folhosas verde-escuras e leguminosas, como o feijão e a lentilha.

b) Ingerir alimentos que contenham farinhas enriquecidas com ferro e ácido fólico.
c) Para alimentos fonte de ferro não heme (baixa biodisponibilidade), indica-se a ingestão concomitante de alimentos ricos em vitamina C e A, para favorecer a absorção do ferro.
d) Evitar alimentos que interferem na absorção do ferro como café, chá, mate, chocolate, aveia, farelos (fibras) e refrigerantes.

Prevenção e controle de parasitoses

A equipe de saúde deve promover ações para a prevenção e controle de doenças parasitárias como a ancilostomíase e a esquistossomose (Brasil, 2012e).

SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA COM FOLATO

Junto com a suplementação de ferro, a suplementação com ácido fólico parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina (Hb) no parto e no puerpério. Indicada também para gestantes que moram em locais afetados pela malária, com gestações gemelares, multíparas com intervalo interpartal curto, em uso de anticonvulsivantes ou com hemoglobinopatias (BRASIL, 2012e). No período peri-concepcional, protege contra defeitos abertos do tubo neural (A) (FEBRASGO, 2011b, 2012; OMS, 2012; BRASIL, 2012e, 2013f). Recomenda-se a suplementação oral diária com ácido fólico (1 comprimido de 5 mg/dia) durante toda a gestação, para garantir o aporte de 400 µg de folato. Essa quantidade deve ser consumida **no mínimo** 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação (FEBRASGO, 2012).

SUPLEMENTAÇÃO PROFILÁTICA COM SULFATO FERROSO (AUSÊNCIA DE ANEMIA - HEMOGLOBINA ≥ 11 G/DL)

Recomenda-se a suplementação profilática (A) em **todas** as gestantes a partir da primeira consulta de gestação até o terceiro mês após o parto ou aborto (BRASIL, 2012e).

Gestantes com doenças que cursam com acúmulo de ferro como doença falciforme, talassemia e hemocromatose devem ser avaliadas e acompanhadas de forma individualizadada. Mulheres de etnia negra, com antecedentes de anemia crônica ou história familiar de doença falciforme devem ser investigadas para descartar a doença por meio de eletroforese de hemoglobina.

A dose recomendada é de 01 comprimido de sulfato ferroso (40 mg/dia de ferro elementar), por via oral, no mínimo 30 minutos antes das refeições, com suco de frutas cítricas. Não ingerir com leite e derivados.

As principais reações adversas são: náuseas e vômitos, anorexia, pirose, epigastralgia, distensão abdominal, cólica, obstipação, diarreia, fezes escuras. Reações menos frequentes são: angina, irritação de contato e erupções cutâneas. O sulfato ferroso pode agravar quadros gastrintestinais prévios (úlcera péptica, colite ulcerativa e enterites) e deve ser usado com cautela na presença dos mesmos.

TRATAMENTO DE ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

Além das orientações alimentares para prevenção e controle de anemia, deve-se investigar parasitose intestinal por meio de exames laboratoriais e tratar os casos confirmados (BRASIL, 2012e).

a) Anemia leve a moderada – hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dL

Recomenda-se:

- Dose diária de 120 mg de ferro elementar - 01 comprimido de sulfato ferroso (40 mg de Fe^{++}) pela manhã, à tarde e à noite, por via oral, 30 a 60 minutos antes das principais refeições, ingeridos preferencialmente com suco de frutas cítricas (nunca com leite e derivados). O tratamento, em média, dura três meses consecutivos (OMS, 2001; BRASIL, 2013g).
- Controle de Hb 30 a 60 dias após o início do tratamento. Se houver melhora, manter o esquema terapêutico até alcançar níveis Hb ≥ 11 g/dL e mudar para suplementação profilática, repetindo o exame em torno da 30ª semana. Para as refratárias ao tratamento (hemoglobina mantida ou em descenso após 60 dias), encaminhar ao pré-natal de alto risco (BRASIL, 2012e).

b) Anemia grave – hemoglobina ≤ 8 mg/dL

Encaminhar ao pré-natal de alto risco.

c) Doença falciforme

Doença hereditária de maior prevalência na população brasileira, com predomínio em afrodescendentes. Manifesta-se com anemia, dores abdominais, dores osteoarticulares, infartos, infecções, entre outras. O diagnóstico é feito pela presença de anemia e hemoglobinopatia constatadas no hemograma com contagem de reticulócitos e eletroforese de Hb.

Gestantes com diagnóstico de doença falciforme apresentam maior risco de aborto, óbito fetal, crescimento intrauterino restrito, prematuridade, toxemia, descolamento prematuro de placenta, etc., devendo ser referidas ao **alto risco**.

Não se recomenda suplementação profilática com ferro, a não ser que haja indicação médica. Os eventos adversos são mais frequentes no último trimestre da gestação e é indicada interrupção da mesma no 8º mês por meio de parto cesáreo pelo risco de hemorragia e óbito.

1.6.3 PRÁTICAS CORPORAIS E ATIVIDADE FÍSICA

A recomendação de atividade física para gestantes deve ser feita após avaliação prévia do seu estado de saúde, com indicação de atividade aeróbica moderada durante 30 minutos diariamente. De acordo com o Ministério da Saúde, não há evidência de risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho para gestantes sem antecedente de abortamento (B). No entanto, jornadas de trabalho cujo tempo de permanência em pé supere sete horas aumentam o risco de abortamento (BRASIL, 2012e).

Para mulheres com antecedentes de dois ou mais abortamentos, recomenda-se evitar períodos prolongados de caminhadas ou permanência em posição supina (BRASIL, 2012e). Atividades que aumentem o risco de queda ou trauma abdominal devem ser evitadas, assim como movimentos grandes e de insistência (balanço) durante os alongamentos. Caso ocorra mal-estar durante ou após o exercício, a gestante deve ser orientada a procurar a UBS mais próxima.

1.6.4 ORIENTAÇÕES POSTURAIS E DE FISIOTERAPIA

São frequentes as queixas de dor lombar e em MMII, varizes, tonturas e mal estar durante a gestação. Orientações posturais e de fisioterapia podem trazer benefício à saúde da gestante e auxiliar na prevenção ou atenuação de algumas queixas.

Quadro 14 - Orientações posturais e de fisioterapia
Postura em Pé Evitar permanecer períodos prolongados em pé, quando necessário, alternar o apoio dos pés deixando um deles mais alto (altura de um degrau). Postura Sentada Preferir cadeiras com encosto e braços de apoio: Descansar os braços no apoio de braços, apoiar toda a coluna no encosto da cadeira e manter os pés no chão. Postura ao Dormir Evitar permanecer deitada em decúbito dorsal e preferir o decúbito lateral esquerdo. Com auxilio de travesseiros, apoiar a cabeça, a barriga e manter um travesseiro entre os joelhos e pés. Evitar mudanças bruscas e súbitas de posição: realizar movimentos pausados, como por exemplo, sair da posição deitada para sentada antes de se levantar. Postura no Banho Utilizar assento no boxe sobre um tapete antiderrapante: para lavar os pés, sentar-se e cruzar uma perna sobre a outra. Calçados Usar calçados de solado baixo e com bom amortecimento. Postura durante Atividades de Vida Diária Manter as pernas um pouco afastadas, joelhos semiflexionados e quadril encaixado durante as atividades como lavar roupa e/ou louça. Evitar erguer objetos pesados e, quando necessário, agachar-se para apanhá-los, mantendo-os próximo ao corpo para se levantar, não inclinando o tronco para frente. Evitar girar o tronco e/ou curvá-lo para frente durante a varrição. Utilizar vassouras e rodos com cabos longos durante limpeza.

Fonte: Adaptado de Curitiba, 2012b.

1.6.5 CESSAÇÃO DO TABAGISMO E EXPOSIÇÃO À FUMAÇA AMBIENTAL DO TABACO

Quadro 15 – Recomendações em relação ao tabagismo na atenção às gestantes	
SITUAÇÃO	**ORIENTAÇÕES**
Gestantes não fumantes	Instituir medidas de promoção à saúde e prevenção primária do tabagismo, com educação em saúde.
Gestantes expostas à fumaça ambiental	Orientar a não exposição à fumaça do cigarro pelos riscos à sua saúde e à saúde do bebê. Se a exposição for domiciliar, orientar o diálogo com o familiar para a sua participação nas atividades para cessação do tabagismo na UBS. Convidar o companheiro para o pré-natal do homem visando à redução da exposição da gestante e do bebê. Encaminhar a pessoa identificada como tabagista para o tratamento, se assim desejar, em qualquer ambulatório de fumante (ver pontos de atenção com esse serviço).
Gestantes ex-fumantes	Parabenizá-las pela cessação, apoiar a prevenção de uso e manutenção da abstinência, principalmente naquelas que pararam de fumar há menos de 1 ano

Gestantes fumantes	Fazer abordagem breve para cessação do tabagismo (PAAPA)[1] nos atendimentos de saúde individuais e coletivos (BRASIL, 2001) (A). Razões para parar de fumar – além da diminuição de riscos à saúde pessoal e dos familiares expostos à fumaça ambiental, durante a gestação, há menor risco de partos prematuros, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos com baixo peso e mortes perinatais (USPSTF, 2009, LUMLEY et al, 2009). Encaminhar as gestantes que desejam parar de fumar a qualquer Ambulatório de Tratamento de Fumantes (na própria UBS ou outros locais). Avaliar: consumo diário de cigarro, nível de dependência pelo teste de Fagerström (Anexo 6), tentativas anteriores de parar de fumar, circunstâncias de recaídas. Orientar: abstinência total ou redução do consumo, quando essa não for possível, apoio de familiares e amigos, retirada de cigarros dos ambientes, participação das atividades de autocuidado apoiado da UBS, estratégias de resolução de problemas e prevenção de uso/recaídas. Se em tratamento em Ambulatório de Tratamento de Fumantes, estimular e acompanhar o tratamento.

[1]PAAPA – pergunte, avalie, aconselhe, prepare e acompanhe. Fonte: BRASIL, 2001a, USPSTF, 2009, LUMLEY et al, 2009.

1.6.6 SAÚDE MENTAL

A presença de fatores de risco para a saúde mental como exposição a substâncias psicoativas, gravidez não desejada, relações familiares ou profissionais conflitantes, insuficiência de apoio social, abandono, suspeita de violência, eventos negativos, desnutrição, infecções, antecedentes de disforia pré-menstrual e transtornos de humor, deve ser evidenciada no acompanhamento da gestante. As atividades de autocuidado apoiado com recomendação de controle do estresse, práticas corporais e atividade física, adoção de alimentação saudável, grupos de convivência, entre outras, promovem a saúde mental e previnem condições que podem interferir na mesma.

Os transtornos mentais são relativamente frequentes na gestação e seu impacto sobre a mesma compreende abortamento, malformações, prematuridade, baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia, depressão pós-parto e atraso de desenvolvimento neuropsicomotor do bebê. O diagnóstico pode ser prévio à gestação ou ocorrer durante a mesma e cabe à equipe da APS diagnosticar, manejar e referir de acordo com o caso.

Quadro 16 – Recomendações na atenção às gestantes com transtornos mentais	
SITUAÇÃO	**ORIENTAÇÕES**
Transtornos psicóticos e transtornos alimentares	Encaminhar ao alto risco e acompanhar de forma compartilhada na UBS e nos equipamentos da rede de saúde mental.

Transtornos de humor	Rastreamento de risco para depressão positivo no PHQ-9 – encaminhar para avaliação médica para diagnóstico e manejar de acordo com a severidade do quadro. Depressão leve – acompanhar na UBS com o apoio da equipe multiprofissional do NASF e referir para acompanhamento ambulatorial psicoterápico, quando necessário. Depressão moderada a severa, Transtorno Afetivo Bipolar, Transtornos de Ansiedade – referir ao alto risco e compartilhar o cuidado com a rede de saúde mental.
Transtornos decorrentes do uso de álcool e outras drogas	Uso e abuso de substâncias – acolher e abordar de forma motivacional, dialogar sobre riscos, orientar abstinência quando possível, apoiar estratégias de prevenção de uso, buscar as faltosas, referir às atividades de autocuidado e de grupos específicos na UBS e na comunidade. Dependência - compartilhar o cuidado com o alto risco e a rede de saúde mental, apoiar as estratégias de prevenção de uso e de redução de danos, buscar as faltosas, referir às atividades de autocuidado e de grupos específicos na UBS e na comunidade.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

1.6.7 IMUNIZAÇÃO

RECOMENDAÇÕES DE ROTINA NO PRÉ-NATAL (BRASIL, 2012e)

Quadro 17 - Vacina dupla tipo adulto (antitetânica + antidifteria)

Benefício
Proteção da gestante contra tétano acidental e do bebê contra tétano neonatal.

Risco
Não há evidência de risco ao feto decorrente de vacina com toxoide. Para a gestante, há risco de reações adversas locais como dor, eritema e edema, ou sistêmicos, como cefaleia, febre, perda de apetite, vômito, sonolência, irritabilidade e, mais raramente, anafilaxia e síndrome de Guillain-Barré.

Recomendações

- Gestante com esquema vacinal desconhecido, vacinada mas sem registro de alguma dose ou todas (sem cartão de vacina ou livro de registro ou resgate no SI-PNI), não vacinada ou com esquema incompleto
Iniciar ou completar as três doses, iniciando o mais precoce possível, com intervalo entre as doses de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.
A última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto.
Quando não há possibilidade de fechar o esquema durante a gestação, completar o esquema vacinal no puerpério ou em qualquer outro momento oportuno.

- Gestante com esquema vacinal completo e registrado no cartão vacinal, com última dose há mais de 5 anos
Fazer uma dose de reforço.

- Gestante com esquema vacinal completo e registrado no cartão, com última dose há menos de 5 anos
Não é preciso vacinar.

- Gestante com contraindicação absoluta* ao toxoide tetânico
Fazer imunização passiva (soro ou imunoglobulina humana antitetânica) se ocorrer um ferimento de alto risco para tétano.

* história de hipersensibilidade ou anafilaxia, síndrome de Guillain-Barré nas 6 semanas após vacina.

Quadro 18 - Vacina anti-hepatite B (recombinante)
Benefício Proteção da gestante e do bebê contra hepatite B. **Risco** Não há evidência de risco ao feto decorrente de vacina com componentes de agentes infecciosos. Para a gestante, há risco de reações adversas como dor no local da injeção, cefaleia, febre, fadiga e, raramente, anafilaxia (contraindica doses subsequentes). **Recomendações** **- Gestante com esquema vacinal desconhecido, vacinada mas sem registro de alguma dose ou todas (sem cartão de vacina ou livro de registro ou resgate no SI-PNI), não vacinada ou com esquema incompleto e HbsAg negativo** Fazer a primeira dose após a 14ª semana de gestação. Dar intervalo de 30 dias (1 mês) após a primeira dose e de 180 dias (6 meses) após a segunda dose. Quando não há possibilidade de fechar o esquema durante a gestação, completar o esquema vacinal no puerpério ou em qualquer outro momento oportuno, caso não sejam feitas as três doses durante a gestação. **- Gestante com esquema vacinal completo e registrado no cartão vacinal ou anti-Hbs positivo** Não é preciso vacinar.

Quadro 19 - Vacina anti-influenza (fragmentada)
Benefício Proteção da gestante contra influenza uma vez que este grupo apresentou risco aumentado de morbimortalidade nas pandemias de gripe nos últimos anos. **Risco** Não há evidência de risco ao feto decorrente de vacina de vírus inativo. Para a gestante, há risco de reações adversas como dor no local da injeção, cefaleia, febre, mialgia e, raramente, anafilaxia (contraindica doses subsequentes). **Recomendação** Em qualquer período gestacional, nas campanhas de vacinação contra a gripe.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Quadro 20 – Situações especiais em relação à imunização da gestante	
Exposição ao vírus rábico	Realizar vacina contra raiva.
Exposição à febre amarela por residir ou deslocar-se para regiões de surto	Não recomendada em situações de rotina. Avaliar risco/benefício de imunização. Evitar em lactantes cujos bebês têm menos de 6 meses de idade.
Exposição aumentada à meningite por meningococo C	Avaliar risco/benefício em situações de surto da doença.
Exposição à varicela	Gestantes suscetíveis (sem história bem definida de doença e/ou vacinação anterior) e com contato significativo com o vírus (permanência de pelo menos 1 hora em ambiente fechado com o doente) devem receber imunoglobulina humana antivaricela-zoster[1].
Tríplice viral, HPV, varicela, rubéola	Contraindicadas na gestação. Podem ser administradas no puerpério.

[1] Indicações para uso de Imunobiológicos Especiais pelos Centros de Referência.
Fonte: Brasil, 2002a, 2011c, 2012e; SBIm/Febrasgo, 2010.

1.6.8 SAÚDE SEXUAL

O desejo sexual da gestante pode sofrer modificações devido a fatores psicoafetivos, biológicos, conjugais e culturais, afetando a vida conjugal. Cabe à equipe de saúde acolher e dialogar a respeito das dúvidas, anseios, dificuldades e queixas trazidas pela gestante/casal, por meio de uma abordagem respeitosa (BRASIL, 2009). Vale ressaltar que todos têm direito a uma vida sexual com experiências prazerosas, seguras, consentidas e satisfatórias, livre de discriminação e violência (BRASIL, 2009). Não existe evidência hoje de que a atividade sexual durante a gravidez esteja associada a eventos adversos e só há contraindicação à mesma na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade (BRASIL, 2012e). As medidas de proteção contra DST são indicadas para toda(o)s a(o)s gestantes/casais.

1.6.9 SAÚDE BUCAL

As principais orientações/recomendações quanto à saúde bucal estão descritas a seguir. O 2º trimestre de gestação é o momento mais oportuno para a realização de tratamentos odontológicos eletivos. No 1º trimestre, devido à embriogênese, radiografias e medicamentos são contraindicados e no 3º, os casos de hipertensão, anemia e síncope são mais frequentes.

Quadro 21 – Recomendações em relação à saúde bucal para gestantes

CONDIÇÃO	ORIENTAÇÕES/RECOMENDAÇÕES
Higiene bucal rotineira	Escovação com creme dental fluoretado após cada refeição e uso de fio dental pelo menos 1 vez ao dia.
Tratamento odontológico	
Duração	Breve, sempre que possível.
Posição	Alternância frequente de posição na cadeira odontológica e inclinação para o lado esquerdo.
Radiografia	Contraindicada na embriogênese (1º trimestre); usar avental de chumbo e protetor de tireóide; usar filmes ultrarrápidos.
Medicamentos	Decisão do cirurgião-dentista, quando possível compartilhada com o médico, sobre uso seguro de medicamentos (embriogênese, formação dos dentes) e anestésicos a serem utilizados.
Urgência odontológica	Tratar independente do trimestre gestacional, pelo risco à gestação.
Sangramento gengival	Higiene bucal completa e regular. Deve ser avaliado pelo cirurgião-dentista.
Mobilidade dentária	Condição temporária e não associada a desfechos ruins isoladamente. Deve ser avaliado pelo cirurgião-dentista.
Erosão do esmalte dentário	Escovação após episódios de vômito deve ser evitada; uso de escovas de cerdas macias; bochechos com bicarbonato de sódio e flúor.
Cárie	Redução do consumo de açúcar, prevenção com o controle de placa (higiene bucal) e adequação do meio bucal pelo cirurgião-dentista.

Gengivite	Higiene bucal completa e regular. Deve ser avaliado pelo cirurgião-dentista a necessidade de limpeza profissional e uso de clorexidina nos quadros severos.
Periodontite	Deve ser avaliado pelo cirurgião-dentista. Higiene bucal completa e regular. Uso tópico de xilitol e clorexidina para a diminuição da carga bacteriana oral materna e redução da transmissão das bactérias aos bebês (NCPP, 2007).

Fonte: Curitiba, 2012b; Brasil, 2012e.

Gestantes de alto e muito alto risco que apresentam condições odontológicas que necessitam de intervenção complexas devem ser encaminhadas aos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs). O acompanhamento pela equipe de saúde bucal da UBS é compartilhado e se as condições clínicas associadas estiverem controladas, atividades de prevenção, profilaxia e restaurações simples podem ser realizadas na APS (BRASIL, 2012c).

1.6.10 ALEITAMENTO MATERNO

O pré-natal é um momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno e uma equipe de saúde competente, ou seja, com conhecimento, habilidade e atitude para orientar a amamentação, influencia positivamente na incidência de aleitamento materno na comunidade. As principais orientações acerca da amamentação no pré-natal estão descritas a seguir.

Quadro 22 - Orientações sobre aleitamento materno durante o pré-natal
Recomendar aleitamento até os dois anos de idade, sendo exclusivo até 6 meses.
Orientar o uso de sutiã reforçado para manter os seios elevados.
Indicar 15 minutos diários de banhos de sol nas mamas, antes das 10h00 ou após 16h00, ou banhos de luz de 40 watts numa distância de um palmo.
Desmistificar a necessidade de uso de cremes ou sabão nos mamilos ou a ordenha para o preparo das mamas para a amamentação durante o pré-natal.
Explicar sobre o risco de aleitamento cruzado, não recomendando o mesmo.
Orientar início precoce da amamentação, na primeira hora após o parto.
Orientar a ordenha manual para prevenir as complicações mais comuns da lactação, como fissuras, ingurgitamento mamário e mastite.
Maior atenção a situações como gestantes adolescentes, intercorrências em experiências anteriores de amamentação; mamas com prótese, redução cirúrgica ou mamilos invertidos.
Orientar desde o pré-natal a contraindicação absoluta do aleitamento materno em gestantes infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2 ou em uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação (Anexo 7), ou temporária (ver item 2.6.1).

Fonte: Brasil, 2012c, 2012e.

1.6.11 ABORDAGEM DE QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

Quadro 23 – Atenção às queixas frequentes na gestação	
Tontura e desmaio	Evitar mudanças bruscas de posição e jejum prolongado, preferir o decúbito lateral esquerdo.
Mastalgia	Fazer exame clínico da mama para descartar intercorrências e orientar uso de sutiã com boa sustentação.
Lombalgia	Evitar saltos altos ou sapatos desconfortáveis, indicar atividades de alongamento e orientação postural, sugerir calor local.
Varizes e dores em membros inferiores	Mudar de posição com maior frequência. Evitar cruzar as pernas ou usar roupas justas ou ligas nas pernas. Elevar MMII durante 20 minutos várias vezes ao dia. Usar meia-calça elástica de suave ou média compressão.
Cloasma	Usar proteção solar 3 vezes ao dia e evitar exposição ao sol sempre que possível.
Náuseas e vômitos	Seguir os 10 passos da alimentação saudável. Evitar jejum prolongado, preferir alimentos pastosos e secos, ingerir alimentos sólidos como bolacha antes de levantar pela manhã, ingerir alimentos gelados. Se persistir ou agravar, encaminhar para consulta médica para diagnóstico diferencial e tratamento.
Pirose	Reforçar a importância de fazer alimentação fracionada, evitar deitar após as refeições e evitar café, chá preto, mate, doce, álcool e fumo.
Obstipação, flatulência e hemorroidas	Recomendar alimentação rica em fibras, evitar alimentos que provocam flatulência, ingestão de 6 a 8 copos de água, higiene com água e sabão neutro após as evacuações, uso de supositórios de glicerina quando necessário, compressas mornas ou vapor local para as hemorroidas.
Queixas geniturinárias	O aumento do número de micções é comum na gestação, assim como o aumento do fluxo vaginal. Encaminhar para avaliação médica se ocorrer disúria, hematúria ou leucorreia fétida, de cor amarelada ou esverdeada e pruriginosa.
Falta de ar e desconforto respiratório	Avaliar o grau de ansiedade, recomendar decúbito lateral esquerdo e encaminhar para consulta médica na presença de outros sintomas como tosse, sibilância e estertoração.

Fonte: Febrasgo, 2010; Brasil, 2012c; 2012e.

1.6.12 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇOS DE URGÊNCIA

Durante o pré-natal, é importante que a gestante e a equipe de saúde esteja atenta às situações de alerta que necessitam de avaliação de emergência. São elas (BRASIL, 2012e):

- Malária grave.
- Anemia grave (Hb < 8 mg/dL).
- Temperatura maior ou igual a 37,8^{o} C sem sinais de IVAS.
- Síndromes hemorrágicas.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110) e suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia (escotomas cintilantes,cefaleia occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito).
- Amniorrexe prematura.

- Isoimunização Rh.
- Oligoidrâmnio.
- Restrição de crescimento intrauterino.
- Trabalho de parto prematuro.
- IG > 41 semanas confirmadas.
- Sintomatologia sugestiva de abdome agudo, pielonefrite, infecção ovular, infecção grave, trombose venosa profunda.
- Vômitos incoercíveis com comprometimento sistêmico em gestantes com menos de 20 semanas de gestação ou vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Investigação de prurido gestacional/icterícia.
- Crise aguda de asma.
- Convulsões.

1.7 SITUAÇÕES ESPECIAIS, INTERCORRÊNCIAS E COMPLICAÇÕES

1.7.1 GESTAÇÃO MÚLTIPLA

Caracteriza-se pela gestação com dois ou mais fetos e sua prevalência é de 1% no mundo, ou seja, para cada mil partos, dez são de gestações múltiplas. Ocorre com maior frequência na raça negra, idade materna maior, multiparidade, história familiar materna de gemelaridade, maior frequência de relações sexuais, indução de ovulação ou fertilização assistida.

QUANDO SUSPEITAR

- História – presença de fatores de risco, hiperêmese gravídica.
- Exame físico/laboratorial: níveis muito elevados de βHCG, altura uterina maior do que a idade gestacional e ausculta de mais de um foco de BCF.
- Diagnóstico com USG - Cerca de 38% das gestações gemelares não é reconhecido até as 26 semanas e até 13% não é reconhecido até o parto. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda USG somente se houver suspeita clínica, como o aumento da altura uterina em relação à idade gestacional.

PLANO DE CUIDADO

A maioria das medidas no plano de cuidado para gestações múltiplas são as mesmas que para as únicas, exceto:

Alimentação e nutrição

a) Ingestão de uma quantidade média diária adicional de 600 calorias em comparação à alimentação das não gestantes ou 300 calorias a mais em relação às gestações únicas.

b) Recomendação de ganho de peso até o final da gestação, de acordo com o IMC inicial:
   - Baixo peso - não há evidência suficiente para se fazer recomendações.
   - Eutrofia - aumento de 16,8 a 24,5 kg.
   - Sobrepeso - 14,1 a 22,7 kg.
   - Obesidade - 11,4 a 19,1 kg.

PROGNÓSTICO

As complicações fetais e maternas são (FEBRASGO, 2011a; BRASIL, 2012c):

Complicações fetais

- Gêmeos monozigóticos monocoriônicos têm mortalidade 3 a 4 vezes maior que os dicoriôncios ou dizigóticos.
- Perda fetal precoce (antes da 7ª semana) ou tardia; prematuridade (48% dos RN com menos de 34 semanas); malformações fetais; polidrâmnio; crescimento intrauterino restrito; alterações placentárias e de cordão umbilical.
- A mortalidade perinatal é proporcional ao número de fetos e é 5 vezes maior que em gestações únicas.
- Com a morte de um feto em idade gestacional mais avançada, há maiores riscos de coagulação intravascular disseminada, retardo de crescimento intrauterino e paralisia cerebral do feto sobrevivente.

Complicações maternas

Anemia, hiperêmese gravídica, síndromes hipertensivas, degeneração gordurosa do fígado, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta, Puppp (*pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*), colestase, e tromboembolismo, polidrâmnio,

trabalho de parto prematuro, quadros hemorrágicos no parto, apresentações anômalas entre outros.

OBSERVAÇÕES

Medidas sem evidência suficiente que suportem sua indicação em gestações múltiplas são: USG de rotina para medidas do comprimento de colo uterino, uso de progesterona, repouso, hospitalização, circlagem e tocolíticos (em gestantes assintomáticas) para prevenir a prematuridade, cesárea eletiva.

Se há risco iminente de parto prematuro, indica-se corticoterapia para acelerar a maturidade fetal. A via de parto deve ser escolhida dependendo da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea (BRASIL, 2012c).

1.7.2 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Em Manaus, o percentual de gestantes com menos de 20 anos de idade foi de 22,9% em 2012. Assim como em todo o país, os índices de gravidez na adolescência apontam para a necessidade de qualificação das ações de saúde sexual e reprodutiva para esta faixa etária na APS, assim como para a organização do pré-natal considerando as especificidades desta fase do ciclo de vida (BRASIL, 2012c, 2012e).

QUANDO SUSPEITAR

História clínica de dor abdominal, desmaios, sintomas gastrintestinais, alterações no apetite, sonolência, fadiga, tontura, atraso menstrual (questionar a DUM porque é frequente a negação ou omissão do atraso), história de atividade sexual.

Ao exame físico, é possível identificar sinais sugestivos de gravidez como aumento do volume e da sensibilidade mamária, presença de colostro e tubérculos de Montgomery. Se for possível fazer o exame especular, observa-se a coloração violácea em vulva, parede vaginal e cérvice uterina, estando esta última amolecida e com aumento de tamanho.

ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

É fundamental acolher a adolescente com suspeita de gestação e fazer o diagnóstico para captação precoce ao pré-natal. Se o atraso menstrual for maior de 15 dias e menor de 12 semanas, o teste rápido de gravidez é o exame de escolha. Exames com resultado negativo devem ser repetidos em 15 dias. Para atrasos maiores de 12

semanas, a confirmação de gestação é feita pela detecção de BCF pelo sonar Doppler ou pelo Pinnard (além de 18 semanas), assim como pela presença de movimentos fetais.

Se o diagnóstico de gravidez for afastado, o momento é oportuno para instituir ações de contracepção e dupla proteção (gravidez e DST). Caso confirmado, o pré-natal pode ocorrer na UBS uma vez quer o risco clínico e obstétrico não é maior devido exclusivamente à adolescência.

Recomenda-se o acompanhamento das gestantes adolescentes e seus parceiros pela equipe multiprofissional da APS, preferencialmente em dias e horários específicos. A disponibilidade para atender às demandas espontâneas dos adolescentes, com sensibilidade e escuta ativa, favorece o vínculo.

As gestantes com menos de 15 anos são estratificadas como de risco médio uma vez que o risco materno-fetal é maior e eventualmente necessitam de maior concentração de consultas pela equipe multiprofissional. No entanto, os desfechos materno-infantis são semelhantes aos das gestações de risco habitual se a atenção na APS é qualificada (BRASIL, 2012c, 2012e). O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Lei nº 11.108/2005 garantem às adolescentes gestantes, o direito ao acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, e deve ser informada desse direito durante o acompanhamento de pré-natal (BRASIL, 2012c).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), embasadas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), na ONU (Cairo + 5, 1992), no Código de Ética Médica e nas resoluções do Fórum 2002 Adolescência, contracepção e ética, estabeleceram as seguintes diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes:

- O adolescente tem direito à privacidade durante a consulta, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado e apropriado. Deve-se lembrar que a privacidade não está obrigatoriamente relacionado à confidencialidade.
- A confidencialidade é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual se estabelece que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista, não podem ser passadas a seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apoia-se em regras da bioética médica, através de princípios morais de autonomia.
- A garantia de confidencialidade e privacidade, fundamental para ações de prevenção, favorecem a abordagem de temas como sexualidade, uso de drogas, violência, entre outras situações.
- O profissional de saúde deve respeitar os valores morais, sócio-culturais e religiosos do adolescente que está sendo atendido.

- O sigilo médico é um direito garantido e reconhecido pelo artigo 103 do Código de Ética Médica.
- Em situações de exceção, como déficit intelectual importante, distúrbios psiquiátricos, desejo do adolescente de não ser atendido sozinho, entre outros, faz-se necessária a presença de um acompanhante durante o atendimento.
- Nos casos em que haja referência explícita ou suspeita de abuso sexual, é conveniente a presença de outro profissional durante a consulta. Nessas situações o profissional está obrigado a notificar o conselho tutelar ou à Vara da Infância e Juventude, como determina o ECA – lei federal 8069-90 – Recomenda-se a discussão dos casos em equipe multidisciplinar, de forma a avaliar a conduta, bem como o momento mais adequado para notificação.
- O médico deve aproveitar todas as oportunidades de contato com adolescentes e suas famílias para promover a reflexão e a divulgação de informações sobre temas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva.
- A orientação deve abranger todos os métodos recomendados pelo Ministério da Saúde, com ênfase na dupla proteção (uso de preservativos), evitando-se qualquer juízo de valor.
- A prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade.
- A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico.
- Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico.

PLANO DE CUIDADO

Durante a assistência à saúde aos adolescentes grávidos, além das medidas já descritas para as gestantes no plano de cuidado, é importante (BRASIL, 2012e):

- Estimular a participação conjunta do companheiro, namorado ou familiar de confiança.
- Investigar:
  - O significado desta gestação – constituição de uma família, mudança de status social, e deve ser abordada de forma diferenciada

- O padrão das relações familiares – conflituosas, de dependência, sinais de presunção de violência, acolhedora, de apoio.
- A maturidade emocional.
- As expectativas, medos e anseios dos pais em relação à gestação.

Aspectos nutricionais

Como a adolescente está em fase de crescimento, recomenda-se a verificação da altura de 4 em 4 meses para o cálculo do IMC. O consumo diário de nutrientes deve garantir tanto seu crescimento como o do bebê. Se a menarca foi há menos de 2 anos, a classificação nutricional geralmente é de baixo peso e a inclinação da curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional deve ser sempre ascendente. Se a menarca foi há mais de 2 anos, a interpretação dos achados assemelha-se ao de adultas, dependendo da classificação nutricional inicial (BRASIL, 2012e).

Puerpério

A equipe de saúde deve estar atenta ao risco maior de depressão pós-parto, intercorrências na amamentação e morbimortalidade materno-infantil. Nos atendimentos individuais e coletivos, o diálogo propicia o apoio ao autocuidado e ao cuidado do RN, favorecendo o vínculo familiar, o exercício da maternidade e paternidade responsável e a prevenção da segunda gravidez e DST (BRASIL, 2012e). A visita puerperal precoce, de acordo com a Primeira Semana de Saúde Integral, favorece as ações de apoio aos adolescentes e o reconhecimento precoce de complicações neste período.

1.7.3 SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

Na presença de hemorragia vaginal, a gestante deve ser **encaminhada à maternidade de referência para avaliação e tratamento**. É importante fazer o diagnóstico diferencial com patologias do trato inferior como cervicites, lacerações, pólipos, varizes rotas, neoplasias, e lesões causadas por agentes químicos ou mecânicos. Os principais quadros hemorrágicos estão descritos a seguir (BRASIL, 2012c, 2012e; FEBRASGO, 2011a).

Quadro 24 – Síndromes hemorrágicas na gestação	
PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO	
Quadro	**Características**
Ameaça de aborto	Sangramento discreto ou moderado. Exame especular: sangramento observado no fundo vaginal ou de origem cervical ou; colo uterino fechado e bem formado; útero compatível com a idade gestacional e anexos e fundos de saco normais e livres. USG: presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo com o saco gestacional regular. Recomendações: repouso no leito, abstinência sexual, uso de antiespasmódicos por tempo limitado nos quadros de dor.
Aborto	Consiste no término da gestação antes da 22ª semana ou quando o concepto pesa menos de 500 g. História de atraso menstrual, perda sanguínea e dor em baixo ventre. Exame especular: sangramento de origem cervical com ou sem fragmentos placentários e colo uterino permeável. USG: aumento de volume uterino, com ou sem embrião e restos ovulares.
Gravidez ectópica	História de atraso menstrual, teste de gravidez positivo, sangramento, lipotímia, dor em baixo ventre, níveis séricos de βHCG ≥ 1.500 mUI/mL sem visualização de saco gestacional intraútero. Exame físico: sinais de irritação peritoneal, hipotensão. No toque, colo amolecido e presença ou não de aumento uterino. Dor e/ou tumor à palpação de anexos
Doença trofoblástica gestacional (Mola hidatiforme)	Sangramento vaginal discreto e intermitente, indolor, eliminação de vesículas (sinal patognomônico), hiperêmese, HA precoce (antes da 20ª semana de gestação), βHCG geralmente elevado para a idade gestacional. Exame físico: altura uterina ou volume uterino incompatíveis com a idade gestacional.
Descolamento corioamniótico	Sangramento genital discreto. USG para diagnóstico. Conduta conservadora. Repouso até a cessar o sangramento, uso de antiespasmódicos, se necessários.
SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO	
Placenta prévia	Maior risco em multíparas e antecedentes de cesáreas. Episódios recorrentes e progressivos de sangramento vaginal súbito, de cor vermelho vivo, em quantidade variável e indolor. Exame físico: BCF normais, volume e tônus uterino normais, apresentação fetal muitas vezes anômala. Exame especular: sangramento proveniente da cavidade uterina Não fazer toque vaginal. USG evidencia implantação parcial ou total da placenta no segmento inferior do útero. Fazer acompanhamento no pré-natal de alto risco.
Descolamento prematuro da placenta	É o descolamento abrupto da placenta antes do nascimento do feto, em gestação de 20 ou mais semanas. Tem frequente associação com HAS, uso de drogas ilícitas como a cocaína e o crack. Sangramento vermelho escuro, nem sempre compatível com o estado geral; dor abdominal súbita de intensidade variável. Exame físico: Hipotensão ou choque; distúrbios da coagulação sanguínea; BCF alterados ou ausentes; útero hipertônico, doloroso, sensível a palpação.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

1.7.4 ALTERAÇÕES DE VOLUME DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

As alterações de volume de líquido amniótico caracterizam-se por (FEBRASGO, 2011a; BRASIL, 2012c, 2012e):

Oligodrâmnio

Redução significativa do líquido amniótico para < 250 mL entre 21 e 42 semanas de gestação. Causada geralmente por rotura prematura de membrana, descolamento prematuro de placenta, insuficiência placentária, CIUR, anomalias congênitas e cromossomiais,HA, DM, colagenoses, síndrome antifosfolípide, uso de IECA e AINEs.

Apresenta-se por altura uterina inferior à idade gestacional, diminuição dos movimentos fetais, percepção das pequenas partes fetais à palpação. É importante fazer a diferenciação com CIUR e idade gestacional equivocada. À USG, observa-se ausência de coleções adequadas de líquido e índice < 5 cm.

Polidrâmnio

Volume superior a 2 litros do líquido amniótico no momento da resolução da gravidez. Associado a DM, doença hemolítica perinatal, infecções congênitas, gemelaridade.

Apresenta-se por altura uterina maior para a idade gestacional, diminuição dos movimentos fetais, ausculta de BCF difícil, assim como a palpação de pequenas partes fetais. A gestante pode referir dor, dispneia e oligúria e o exame físico mostra MMII edemaciados, abdome com estrias e edema. À USG observa-se aumento de volume do líquido amniótico. Referir ao alto risco.

Ambas as situações devem ser referidas para avaliação nos serviços de pré-natal de alto risco.

1.7.5 AMNIORREXE PREMATURA

Quadro 25 – Amniorrexe prematura	
Rotura prematura de membranas ovulares	Rotura espontânea das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto em qualquer IG. Responde por cerca de 30% dos partos pré-termo e aumenta o risco de infecções maternas e perinatais, prematuridade, partos operatórios, deformações e amputações fetais e hipóxia. Ocorre com maior frequência quando há cervicodilatação precoce por multiparidade, gemelaridade, polidrâmnio, macrossomia e insuficiência istmo-cervical e, pré-natal inadequado. História de perda súbita de líquido, geralmente em grande quantidade e seguida de redução de volume, incolor e inodora. No exame especular sob assepsia, observa-se saída espontânea ou ao esforço de líquido pelo colo uterino, que cristaliza como folha de samambaia ao microscópio. Não fazer toque vaginal, exceto em gestações a termo. Diferenciar de perda de urina e conteúdo vaginal excessivo. Verificar temperatura, dados vitais, BCF, atividade uterina, altura uterina Referir à maternidade e apoiar o monitoramento ambulatorial, quando for o caso, reforçando orientações como repouso no leito e abstinência do coito.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

1.7.6 ALTERAÇÕES DA DURAÇÃO DA GESTAÇÃO

Quadro 26 – Alterações da duração da gestação	
Trabalho de parto prematuro (TPP)	Trabalho de parto que ocorre em gestação pré-termo – IG entre 22 e 37 semanas. Risco aumentado em gestantes com antecedente de prematuridade ou quadros de ITU e vaginose bacteriana. Diagnóstico - presença de duas ou mais contrações uterinas a cada 10 minutos, com ritmo e frequência regulares, com dilatação cervical ≥ 2 cm e/ou esvaecimento > 50%. Na avaliação, é importante verificar dados vitais maternos, atividade uterina, BCF. Não realizar toque se houver suspeita de rotura de membrana e placenta prévia. Conduta: – Presença das contrações com alterações do colo – referir à maternidade imediatamente. – Presença das contrações sem alterações do colo – falso TPP. Diagnosticar e tratar a causa de base, como ITU ou vaginose bacteriana, e orientar repouso. Se não melhorar, referir à maternidade. Para as gestantes que tiveram alta da maternidade após TPP, é importante orientar a contagem de movimentos fetais 2 vezes ao dia e a procura imediata pela maternidade se ocorrer diminuição dos mesmos, perda de sangue ou fluidos vaginais e contrações.
Gestação prolongada (pós-datismo) e pós-termo	Gestação prolongada - IG entre 40 e 42 semanas. Gestação pós-termo – IG > 42 semanas, com taxa de mortalidade perinatal duas vezes maior que nas gestações de termo. Diagnóstico: com o estabelecimento precoce da IG e a USG, considerando ajustes se a realização da mesma foi no 2º trimestre. Conduta: referir gestantes com mais de 41[1] semanas de IG para avaliação do bem-estar fetal e conduta na maternidade, de acordo com o desejo da mãe/pai e as condições do feto. Monitorar com freqüência (2x na semana).

[1]se portadora de HIV, encaminhar à maternidade com 38 semanas.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

1.7.7 DESVIOS DO CRESCIMENTO FETAL

Quadro 27 – Desvios do crescimento fetal	
Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR)	Suspeita: altura uterina menor que a esperada para a IG, com diagnóstico USG confirmando peso fetal < percentil 10 e outros parâmetros biométricos. Fatores de risco: – maternos: peso pré-gravídico <50 kg, uso de álcool, fumo e outras drogas; idade < 19 anos; condição socioeconômica desfavorável; doenças maternas como anemia grave e hemoglobinopatias; infecções hematogênicas, síndrome antifosfolípide e trombofilias, hipóxia materna, CIUR em outra gestação e aborto de repetição. – doenças maternas que afetam a placentação: síndromes hipertensivas da gravidez, DM, doença renal, doença autoimune e trombofilias. – outros fatores placentários: gemelaridade, anomalias uterinas, infecções congênitas, descolamento coriônico, placenta circunvalada, mosaicismo, infartos placentários, fatores fetais, aneuploidias, síndromes genéticas. Referir ao pré-natal de alto risco.
Macrossomia	Suspeita: altura uterina maior que a esperada para a IG, com diagnóstico USG pelo peso fetal ≥ percentil 90 e outros parâmetros biométricos. Considerar o biotipo dos pais, gestação prolongada, outras gestações com macrossomia, multiparidade, obesidade, ganho ponderal excessivo e DM materno. Gestantes com DM e fetos com circunferência abdominal ≥ percentil 90 necessitam maior controle glicêmico e adequação da insulinoterapia, principalmente na presença de polidrâmnio e placentomegalia. Referir ao pré-natal de alto risco.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

1.7.8 DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL (ISOIMUNIZAÇÃO Rh)

Hemólise eritrocitária fetal devido à incompatibilidade sanguínea materno-fetal, geralmente relacionada ao sistema Rh (80 a 90% dos casos). As principais formas de exposição da mãe Rh negativa ao sangue fetal Rh positivo são: parto, aborto, descolamento prematuro de placenta, óbito fetal intraútero, gestação ectópica, doença trofoblástica gestacional, trauma abdominal, manipulação obstétrica, amniocentese, cordocentese, biópsia de vilosidades coriônicas, versão externa e transfusão sanguínea intrauterina.

PREVENÇÃO

- Pré-concepção – pesquisar tipagem sanguínea e fator Rh nas mulheres e realizar Teste de Coombs indireto (pesquisa de anticorpos irregulares) naquelas com Rh negativo.

- Pré-natal - pesquisar tipagem sanguínea e fator Rh nas gestantes e realizar Teste de Coombs indireto naquelas com Rh negativo ou com história de óbito por hidropsia fetal ou neonatal independente do Rh materno, na primeira consulta de pré-natal.
    - Teste de Coombs positivo - referir ao pré-natal de alto risco.
    - Teste de Coombs negativo – repetir o teste a cada 4 semanas.
- Pós-natal – pesquisar tipagem sanguínea, fator Rh e teste de Coombs direto em RN de mães Rh negativo.

A prevenção da sensibilização pelo fator Rh deve ser realizada pela administração de 300 µg de imunoglobulina anti-D em mulheres Rh negativo com teste de Coombs indireto negativo (não sensibilizadas), após o parto de RN Rh positivo e com teste de Coombs direto negativo ou após eventos obstétricos (quando o pai for Rh positivo ou desconhecido). Estes eventos obstétricos são:

- Procedimentos invasivos como amniocentese, cordocentese ou biópsia de vilo corial.
- Aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme.
- Sangramento obstétrico (placenta prévia, por exemplo) com risco de hemorragia
- Laqueadura tubária (dose maior que a habitual se o risco de hemorragia feto-materna volumosa for significativo).

Idealmente, a imunoglobulina deverá ser administrada até 72 horas após o parto ou evento obstétrico, mas há evidências de proteção contra sensibilização se administrada até 13 dias e há recomendações para que seja administrada em até 28 dias (BRASIL, 2012c).

1.7.9 HIPERÊMESE

Forma grave de náuseas e vômitos, caracterizada pela persistência e intensidade dos sintomas, comprometendo a alimentação e o ganho de peso, podendo evoluir para desidratação, oligúria, transtornos do equilíbrio hidroeletrolítico e ácido-básico, e nos quadros severos, para insuficiência hepática, renal e neurológica.

QUANDO SUSPEITAR

Mais comum em primíparas e pode estar associada à gestação múltipla, doença trofoblástica gestacional, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh. Os aspectos emocionais e as adaptações hormonais parecem estar envolvidos no desenvolvimento do quadro. Na presença da sintomatologia, é importante afastar úlcera gástrica, enterites,

cisto torcido de ovário, gravidez ectópica e insuficiência renal (FEBRASGO, 2011a; BRASIL, 2012c; 2012e).

PLANO DE CUIDADO

Medidas de prevenção: durante o acompanhamento do pré-natal, as orientações sobre a alimentação saudável, o apoio ao autocuidado e o monitoramento precoce das gestantes com vômitos persistentes podem minimizar as complicações da hiperêmese. Recomenda-se a ingestão de bebidas geladas para alívio dos sintomas e refeições leves, evitar a ingestão de alimentos gordurosos, fritos e condimentados, bebidas gaseificadas ou com cafeína (BRASIL, 2012c).

Terapia medicamentosa: em alguns casos é necessário o uso de antiemético por via oral ou injetável.

Casos refratários devem ser encaminhados imediatamente para serviços de pronto-atendimento ou maternidade de referência.

1.7.10 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

Durante a gestação, as alterações hipertensivas associam-se a um risco maior de morbimortalidade materna e perinatal. Por isto, recomenda-se a aferição da PA em todas as consultas de pré-natal (C), seguindo padrões técnicos rigorosos (Anexo 3) para a detecção precoce de alterações de PA.

Para a caracterização de HA é necessário ocorrer elevação persistente (mantidos em pelo menos duas ocasiões) da PA em níveis iguais ou superiores a 140 mmHg de PAS e/ou 90 mmHg de PAD.

As síndromes hipertensivas da gestação são classificadas em (FEBRASGO, 2011a, BRASIL, 2012c, 2012e):

a) HAS crônica, registrada antes da gestação ou no período que precede a 20ª semana de gravidez, ou quando a HA persiste além de 12 semanas após o parto.
b) HA gestacional, detectada após a 20ª semana de gestação, mas não acompanhada por proteinúria. Pode ser transitória, quando a PA normaliza após o parto, ou crônica, quando a HA persiste elevada além de 12 semanas após o parto.
c) Pré-eclâmpsia, caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.

d) Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica, quando ocorre proteinúria, trombocitopenia ou disfunção hepática em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas.
e) Eclâmpsia, quando a pré-eclâmpsia complica por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

QUANDO SUSPEITAR

História clínica e obstétrica

Os dados da história da gestante podem apontar: diagnóstico prévio de HAS; diabetes, doença do colágeno e/ou doença renal; nuliparidade; antecedentes obstétricos de síndrome hipertensiva, abortamento de repetição, prematuridade, crescimento intrauterino restrito, diabetes, gemelaridade, síndrome antifosfolípide; história familiar de síndrome hipertensiva e doença renal crônica (FEBRASGO, 2011a; CURITIBA, 2012b, BRASIL, 2012c, 2012e).

Monitoramento de ganho de peso, edema e pressão arterial

A conduta da equipe de saúde depende de fatores como: o conhecimento dos níveis tensionais pré-gestacionais ou do início da gestação; a presença concomitante de ganho acentuado de peso e/ou edema e sintomatologia associada.

SITUAÇÃO	CONDUTA
HAS prévia moderada ou grave ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Referir ao pré-natal de alto risco e compartilhar o cuidado.
PA > 160/110 mmHg mesmo em gestante assintomática.	Referir com urgência à maternidade de alto risco.
PA > 140/90 mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastralgia, escotomas e reflexos tendíneos aumentados.	Referir com urgência à maternidade de alto risco.
PA > 140/90 mmHg e < 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500 g semanais.	Repetir a aferição de PA. Fazer teste rápido de proteinúria e agendar consulta médica imediata na UBS. Referir ao pré-natal de alto risco para avaliação e conduta nas síndromes hipertensivas. Orientar a procurar UBS/maternidade de referência na presença de sinais de alerta - cefaleia, escotomas, epigastralgia, edema, presença de “espuma” na urina e redução de movimentos fetais. Seguir orientações de plano de cuidado da ASS.
Níveis prévios de PA conhecidos e normais. **Manutenção dos níveis**	Orientar medidas de prevenção primária – alimentação saudável, ganho de peso adequado e atividade física regular e manter

	calendário habitual de consultas
Elevação da pressão basal mas com níveis de PA < 140/90 mmHg	Suspeitar de pré-eclâmpsia. Reavaliar com frequência. Verificar proteinúria, peso e edema, agendar consulta médica. Orientar redução do consumo diário de sal, aumento da ingestão de água e repouso até reavaliação. Orientar a procurar UBS/maternidade de referência na presença de sinais de alerta - cefaleia, escotomas, epigastralgia, edema, presença de “espuma” na urina e redução de movimentos fetais.
Níveis prévios de PA desconhecidos e PA < 140/90 mmHg.	Orientar redução do consumo diário de sal, aumento da ingestão de água e prática de atividade física.
Ganho de peso súbito > 500 g/semana e/ou edema generalizado em MMII, face e mãos, independente da elevação de PA	Suspeitar de pré-eclâmpsia, principalmente se > 24 semanas de gestação. Realizar teste rápido de proteinúria, agendar consulta médica na UBS e monitorar frequentemente. Orientar sinais de alerta - cefaleia, escotomas, epigastralgia, edema, presença de “espuma” na urina e redução de movimentos fetais.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

PLANO DE CUIDADO

Pré-concepção

Mulheres com HAS que desejam engravidar devem ser orientadas sobre a importância do controle da PA para a saúde materno-infantil, e tratadas com medicações que sejam consideradas seguras. Tiazídicos em baixas doses, betabloqueadores (exceto o atenolol) ou bloqueadores dos canais de cálcio são os mais indicados (Quadro 28). Os inibidores da enzima conversora de angiotensina (como captopril e enalapril) e os bloqueadores de receptores AT1 da angiotensina II (como losartana) são contraindicados e caso estejam em uso, devem ser substituídos por outros agentes anti-hipertensivos (FDA).

Pré-natal

Além das orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, é importante recomendar a diminuição diária da ingestão de sal e o aumento da ingestão de água.

Durante a gestação, a introdução de medicação anti-hipertensiva é recomendada quando os níveis de PA forem superiores a 150/100 mmHg. A droga de escolha para tratamento da HAS é a metildopa, por ser considerada segura em relação ao feto (A) (FEBRASGO, 2011a, BRASIL, 2012c, 2012e). A posologia recomendada é de 500 a 2000 mg/dia, dividida em 2 a 4 doses. Pode causar reações adversas como: cefaleia, congestão nasal, boca seca, febre, sonolência, hipotensão ortostática, reações

imunomediadas, agranulocitose, trombocitopenia, anemia hemolítica, pseudoresistência por retenção hídrica, disfunção sexual, colestase, hepatite, miocardite, pancreatite, hiperprolactinemia, colite, fibrose retroperitoneal, sedação e depressão dose-dependente.

Outros fármacos considerados atualmente seguros para o uso na gestação são os bloqueadores de canais de cálcio e os betabloqueadores (BRASIL, 2012c, 2012e).

Gestantes cuja HAS crônica era previamente tratada e controlada com tiazídicos em baixas doses podem, eventualmente, ter o esquema terapêutico mantido (SBC/SBH/SBN, 2010; FEBRASGO, 2011a; BRASIL, 2012c, 2012e). Se a PA reduzir a níveis inferiores a 120/80 mmHg, é recomendado reduzir ou interromper o uso de anti-hipertensivo e monitorar frequentemente a PA.

Gestantes com diagnóstico de síndrome hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco e monitoradas na APS.

Puerpério e lactação

Após o parto, o controle da PA deve persistir e a retirada da metildopa deve ser gradual, com redução de 250 mg a cada 2 dias, para evitar o risco de hipertensão de rebote. O início da retirada em mulheres sem antecedente de HAS deve ocorrer 3 a 4 semanas após o parto, com monitoramento semanal da PA nos 2 primeiros meses e depois a cada três meses, até completar 1 ano. A. Nas mulheres com HAS prévia ou persistência da HAS, recomenda-se o uso de outra classe de anti-hipertensivos considerando a segurança durante a lactação (Quadro 28). Os IECA são recomendados (BRASIL, 2012e), e, quando possível, o horário das tomadas deve ser ajustado para evitar a exposição do lactente aos picos sanguíneos do medicamento e seus metabólitos. Recomenda-se, em geral, a tomada logo após a mamada ou antes do maior período de sono do bebê (FDA; BRIGGS e col., 1998; CHAVES e col., 2007; CURITIBA, 2012b).

Quadro 28 - Categoria dos fármacos anti-hipertensivos quanto à segurança no uso na gestação e lactação

MEDICAMENTO	CATEGORIA NA GESTAÇÃO[1]	SEGURANÇA NA LACTAÇÃO[2]	OBSERVAÇÕES[3]
Hidroclorotiazida	B	Seguro	A concentração do fármaco é muito baixa para ser prejudicial, porém doses altas podem reduzir a produção de leite
Furosemida	C	Moderadamente seguro	A concentração do fármaco é muito baixa para ser prejudicial, porém pode reduzir a produção de leite
Espironolactona	C	Seguro	Não se recomenda amamentar
Metildopa	B	Seguro	Recomenda-se monitorar o lactente

Propranolol	C	Seguro	Recomenda-se monitorar sinais de betabloqueio nos lactentes
Atenolol	D	Moderadamente seguro	Recomenda-se monitorar o lactente (registro de caso de cianose e bradicardia)
Nifedipino	C	Seguro	
Anlodipino	C	Moderadamente seguro	Não se recomenda amamentar
Captopril	C (1° trimestre) D (2° e 3° trimestres)	Seguro	A concentração do fármaco é muito baixa para ser prejudicial
Enalapril	C (1° trimestre) D (2° e 3° trimestres)	Seguro	A concentração do fármaco é muito baixa para ser prejudicial

Fonte: [1] Food and Drug Administration (Anexo 8) [2] SBC/SBH/SBN, 2010 [3] Briggs e col., 1998; Chaves e col., 2007.

1.7.11 DIABETES MELITO

A prevalência de Diabetes melito durante a gestação em mulheres com mais de 20 anos e atendidas no SUS é de 7,6%, sendo 94% dos casos de tolerância diminuída à glicose e 6% de hiperglicemia condizente com DM fora da gestação. Os riscos decorrentes do Diabetes durante a gestação estão expostos a seguir.

Quadro 29 - Riscos decorrentes da hiperglicemia
Maternos
Retinopatia proliferativa Doença coronariana Diminuição da filtração glomerular (particularmente em hipertensas) Descolamento de placenta e placenta prévia Retenção líquida e insuficiência cardíaca Hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose Infecção respiratória e urinária Parto cesário ou distócia de parto Doença hipertensiva da gestação
Fetais
Aborto espontâneo Morte intrauterina Macrossomia fetal Distócia fetal Retardo de crescimento intrauterino Malformações congênitas - cardíacas e de fechamento do tubo neural como anencefalia

Fonte: Curitiba, 2010 e 2012b; Brasil, 2012c; ADA, 2013.

QUANDO SUSPEITAR

Com a epidemia de obesidade, o número de gestantes com DM2 não diagnosticado aumentou, levando instituições como a Academia Americana de Diabete (ADA, 2013) e a Associação Internacional de Grupos de Estudo de Diabetes e Gestação (IADPSG) a preconizar a investigação de DM2 na primeira visita de pré-natal principalmente em gestantes com fatores de risco presentes.

a) Presença de fatores de risco:

- Excesso de peso (IMC ≥ 25 kg/m^2).
- Inatividade física.
- Parentes de 1º grau com DM.
- HAS ou PA ≥ 140/90 mmHg.
- Triglicerídeos > 250 mg/dL e/ou HDL-colesterol < 35 mg/dL.
- Hemoglobina glicada (HbA1c) entre 5,7% a 6,4%, hiperglicemia de jejum (entre 100 mg/dL a 125 mg/dL e/ou intolerância à sobrecarga de glicose em exames anteriores (glicemia 2h pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro entre 140 mg/dL a 199 mg/dL).
- Antecedente de Síndrome dos Ovários Policísticos e outras condições clínicas associadas à resistência à insulina (acantose).
- Antecedente obstétrico de Diabetes Melito Gestacional (DMG), macrossomia, polidrâmnio, malformação ou óbito fetal sem causa aparente.
- História de doença cardiovascular.

b) Gestação atual

- Ganho de peso excessivo.
- Suspeita de polidrâmnio ou crescimento fetal excessivo (clínico ou USG), HAS ou pré-eclâmpsia.

c) Rastreamento e diagnóstico

- Rastrear DM2 não diagnosticado previamente na primeira visita de pré-natal, com glicemia de jejum, utilizando os critérios diagnósticos para adultos não gestantes (B) (ADA, 2013).

Quadro 30 - Interpretação da glicemia de jejum na 1ª consulta de pré-natal
Resultado ≥ 126 mg/dL - com polifagia, polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso: diagnóstico de DM2, referir ao alto risco. - sem polifagia, polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso: repetir exame imediatamente. Repetir glicemia de jejum; se ≥ 126 mg/dL, confirma diagnóstico de DM2; referir ao alto risco.
Resultado entre 100 e 125 mg/dL – hiperglicemia de jejum. Encaminhar para avaliação nutricional, instituir medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular) e monitorar com maior frequência. Fazer hemoglobina glicada (HbA1c). Se HbA1c ≥ 6,5%, diagnóstico de DM2; referir ao alto risco.
Resultado < 99 mg/dL

– fazer TOTG na 24-28ª semana.

Na presença de sintomatologia típica (polifagia, polidipsia, poliúria e perda inexplicada de peso), um único exame alterado é suficiente para diagnosticar diabetes. Na ausência de sintomas, é necessário ter 2 resultados alterados (glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL e/ou HbA1c ≥ 6,5%).

- Fazer Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) em todas as gestantes sem diagnóstico prévio de DM2, entre a 24ª e 28ª semana de gestação (B). Pela manhã, procede-se a coleta da glicemia em jejum de no mínimo 8 horas, 1 e 2 horas após ingestão de solução com 75 gramas de glicose anidro. Um resultado alterado faz o diagnóstico de Diabetes melito gestacional (DMG).

Quadro 31 – Diagnóstico de Diabetes gestacional pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose

TOTG	Resultado
Glicemia de jejum	≥ 92 mg/dL
Glicemia 1 hora após sobrecarga	≥ 180 mg/dL
Glicemia 2 horas após sobrecarga	≥ 153 mg/dL

Fonte: Febrasgo, 2011a; ADA, 2013.

PLANO DE CUIDADO

Pré-concepção

Mulheres com DM que desejam engravidar devem ser orientadas sobre a importância do controle glicêmico e pressórico para a saúde materno-infantil. Muitas complicações podem ser evitadas se a concepção ocorrer quando o controle glicêmico é ótimo. Faz parte da atenção pré-concepcional, a orientação do casal sobre os riscos materno-fetais do controle glicêmico inadequado e da gestação não planejada; e o monitoramento do tratamento e apoio ao autocuidado para o alcance das metas terapêuticas.

Pré-natal

As gestantes com diabetes pré-gestacional ou gestacional devem ser referidas ao pré-natal de alto risco mas permanecem em acompanhamento compartilhado com a APS. Cerca de 60 a 80% das gestantes com DMG mantêm-se euglicêmicas com atividade física e dieta.

a) Alimentação e nutrição

- Recomendar os Dez Passos para uma Alimentação Saudável da Gestante (Quadro 9).
- Orientar composição calórica diária de: 40 a 50% de carboidratos complexos ricos em fibras, 20% de proteínas e 30 a 40% de gorduras não saturadas.
- Se o controle metabólico for bom, carboidratos de absorção rápida, como o açúcar comum, podem ser utilizados com moderação.
- Edulcorantes não calóricos podem ser utilizados, respeitando-se a ingestão diária aceitável e a segurança do uso na gestação. Os recomendados são: aspartame, acessulfame-K, sucralose e neotame (SAUNDERS e col., 2010). Seu uso deve seguir a ingestão diária aceitável (IDA) e ser alternado. A sacarina é liberada para uso em gestantes mas seu uso deve ser cauteloso uma vez que os estudos sobre efeitos no desenvolvimento fetal e crescimento infantil não são conclusivos e ela geralmente está associada ao ciclamato de sódio, contraindicado na gestação (Quadro 10).
- O ciclamato de sódio tem seu uso contraindicado na gestação.
- A distribuição calórica diária será de 10 a 20% no café da manhã, 20 a 30% no almoço, 20 a 30% no jantar e até 30% para lanches, incluindo um lanche ao deitar para evitar a hipoglicemia noturna se a mulher estiver em uso de insulina.
- Monitorar o ganho de peso e prescrever dieta de acordo com o estado nutricional da gestante, avaliado pelo IMC pré-gravídico. A recomendação de ingestão calórica diária é de:
  - 24 kcal/kg para gestantes com excesso de peso.
  - 30 a 35 kcal/kg para gestantes eutróficas.
  - 40 kcal/kg para gestantes com baixo peso (IMC < 19 kg/m^2).

b) Controle glicêmico

- Diabetes gestacional

  Controle semanal com glicemia plasmática ou capilar de jejum, 1 hora após o café e 1 hora após o almoço.

  Meta – jejum < 95mg/dL e 1 hora após as refeições < 140mg/dL.

- DM pré-gestacional

  Monitoramento domiciliar diário da glicemia capilar pela manhã em jejum, antes do almoço, antes do jantar, 1 ou 2 horas após o almoço e 1 ou 2 horas horas após

o jantar. Eventualmente ao deitar e 2 ou 3h da madrugada na presença de sintomatologia de hipoglicemia noturna.

Meta – jejum < 95mg/dL; antes das refeições < 100 mg/dL; 1 hora pós-prandial < 140mg/dL; 2 horas pós-prandial < 120. Cuidado com hipoglicemia (< 60 mg/dL, principalmente à noite).

c) Terapia medicamentosa

Os antidiabéticos orais **não são recomendados** para tratamento de diabetes durante a gestação. A medicação de escolha é a insulina. Para os casos de DMG, a dose inicial recomendada é 0,3 a 0,5 U/kg/dia, em duas ou três doses iguais de insulina NPH, aplicadas às 7h e 22h, ou às 7h, 12h e 22h. Deve ser instituída quando após 2 semanas de terapia não medicamentosa, a meta glicêmica não tenha sido alcançada (BRASIL, 2012c).

Quadro 32 - Categoria dos fármacos antidiabéticos quanto à segurança no uso na gestação e lactação

MEDICAMENTO	CATEGORIA NA GESTAÇÃO[1]	SEGURANÇA NA LACTAÇÃO[2]
Insulina NPH e regular	B	Seguro
Metformina	B	Seguro
Sulfonilureias	C	Glibenclamida é seguro Glimepirida é potencialmente perigosa Glipizida é moderadamente segura

Fonte: [1]Food and Drug Administration [2] Briggs e col., 1998; Chaves e col., 2007.

Para as gestantes com DM prévio, a dose de insulina necessária ao controle glicêmico é geralmente maior. Esquemas de doses múltiplas que associam insulina humana regular e NPH podem ser divididos em 2/3 pela manhã e 1/3 à tarde e à noite. Na dose matinal, recomenda-se 2/3 de NPH e 1/3 de regular e a dose noturna deve ser dividida em regular antes do jantar e NPH ao deitar (BRASIL, 2012c). A gestante e seus familiares devem ser orientados sobre o reconhecimento e o manejo de hipoglicemias.

Puerpério e lactação

Para mulheres em uso de insulina, é importante monitorar a glicemia nos primeiros dias após o parto, pois a maioria não requer mais o uso de insulina ou utilizará doses menores.

Cerca de 40% das mulheres com DMG apresentarão DM2 até 10 anos após o parto e algumas já ficam diabéticas após a gestação vigente. Por isto, recomenda-se a

realização de TOTG seis a doze semanas após o parto, utilizando os critérios diagnósticos de pré-diabetes ou diabetes para a população não gestante. Para as que permanecem com DM, a captação precoce para o acompanhamento na UBS é fundamental. Para as que apresentam pré-diabetes, as medidas de prevenção primária devem ser instituídas, com monitoramento na UBS (A) (ADA, 2013). Para as que apresentam exame normal, o risco de desenvolver DM2 é maior, e o rastreamento sugerido é a cada 3 anos, no mínimo (B) (ADA, 2013).

1.8 QUADROS INFECCIOSOS

1.8.1 INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO

Ocorre em 17 a 20% das gestantes, com manifestações clínicas que variam de bacteriúria assintomática a pielonefrite. Está associada a complicações maternas como sepse e óbito, e perinatais como prematuridade, rotura prematura de membranas ovulares, CIUR, baixo peso, sepse fetal e óbito. Causada geralmente por Escherichia coli (80 a 90%), Klebsiella, Enterobacter, Proteus, enterococo e estreptococo do grupo B (GBS).

Os quadros clínicos são (BRASIL, 2012c):

a) Bacteriúria assintomática - acomete 2 a 10% das gestantes e evolui para pielonefrite em 25 a 35% dos casos não tratados ou 1 a 1,5% dos tratados. Diagnosticada pela presença de mais de 10^5 colônias/mL de um único agente microbiano na cultura (BAUMGARTEN e col., 2011). Exames com crescimento polimicrobiano ou entre 10^5 e 10^3 colônias/mL devem ser repetidos.
b) Cistite – ocorre em 1 a 5% das gestantes e apresenta-se com disúria, polaciúria, urgência miccional, estrangúria, nictúria, dor abdominal, suprapúbica ou retropúbica, hematúria, leucocitúria e bacteriúria. Cerca de 30% dos casos podem recorrer (FEBRASGo, 2011a).
c) Pielonefrite – ocorre em 2% das gestantes e pode recorrer em 10 a 25% dos casos. Manifesta-se por febre, calafrios, taquicardia, dor lombar alta que irradia para baixo ventre, náuseas, vômitos, sinal de Giordano positivo e bacteriúria.

Na avaliação da gestante, é importante descartar infecções ginecológicas associadas.

PLANO DE CUIDADO

- Orientar medidas de higiene e hidratação.
- Instituir antibioticoterapia de acordo com o quadro clínico, a segurança durante a gravidez e a sensibilidade ao antibiograma.

Quadro 33 – Fármacos disponíveis na Rede de Saúde Manauara recomendados para tratamento de Infecção de Trato Urinário em gestantes

Fármaco	Posologia	Categoria	Observações
Amoxacilina	500 mg VO 8/8h	B	
Nitrofurantoína	100 mg VO 6/6h	B	Não usar após 36ª semana ou na lactação pelo risco de hemólise em RN com deficiência de glicose-6-fosfato. Atua em gram + e – Alto índice de resistência de Proteus
Cefalexina	500 mg VO 6/6h	B	Usar quando há sensibilidade à cefalotina no antibiograma. Não atua sobre Enterococo.

Fonte: Lopes e Tavares, 2004; Duarte e col., 2008; Febrasgo, 2011a; Baumgartem e col, 2011; Brasil, 2012 e.

- Outros antibióticos que também podem ser indicados para tratamento são: ampicilina (500 mg VO 6/6h), cefuroxima (250 mg VO 8/8h) e cefadroxil (500 mg VO 8/8h ou 12/12h).
- O tempo de tratamento depende do quadro e do agente etiológico.

Quadro 34 – Recomendações de tratamento de Infecção de Trato urinário em gestantes

QUADRO	COMENTÁRIOS
Bacteriúria assintomática	Tratar de acordo com o antibiograma por 3 a 7 dias (curta duração)[1] ou 7 a 10 dias (longa duração)[2]. Se recorrer, tratar por 10 a 14 dias de acordo com a sensibilidade ao antibiograma.
Cistite	Iniciar tratamento imediatamente e readequar antibiótico de acordo com a resposta clínica (sem melhora em 72h após início do tratamento) e o resultado da urocultura e antibiograma. Tratar por 7 a 10 dias. Na recorrência, tratar por 10 a 14 dias.
ITU repetição – mais de 2 quadros	Tratar de acordo com o antibiograma, por 10 a 14 dias. Fazer profilaxia com nitrofurantoína 100 mg/dia VO até a 36ªsemana, amoxacilina 250 mg/dia ou cefalexina 250 mg/dia[2] VO até o final da gestação. Monitoramento mensal com urocultura. Encaminhar para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

Pielonefrite	Encaminhar à maternidade de referência para tratamento hospitalar. Monitorar tratamento ambulatorial após alta hospitalar. Duração do tratamento – 10 a 14 dias. Profilaxia com nitrofurantoína 100 mg/dia VO até a 36ªsemana ou cefalexina 500 mg/dia VO até o final da gestação. Encaminhar para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

Fonte: Smaill e Vazquez, 2007; Figueiró-Filho e col., 2009. Febrasgo, 2011a; [1] Brasil, 2012e;, [2]Brasil, 2012c, 2012e Curitiba, 2012b.

- Se o agente etiológico for Estreptococo B hemolítico (GBS), o tratamento deve durar 10 dias. Algumas diretrizes recomendam o uso de antibiótico intraparto para prevenção de sepses, pneumonia e meningite em RN pelo GBS mas não há consenso na literatura. A indicação deve ocorrer de acordo com estudos locais que determinem a prevalência de colonização da gestante e incidência de sepses neonatal. A identificação de gestantes colonizadas pelo GBS ocorre por cultura de secreção vaginal e retal por SWAB entre a 35ª e 37ª semana de gestação ou por história de ITU causada pelo agente. A profilaxia pela utilização de antibióticos antes do trabalho de parto ou na rotura de membranas ovulares reduz em 10% a mortalidade do RN (FEBRASGO, 2011a).
- Fazer controle de cura com urocultura 7 dias após o término do tratamento.
- Monitorar trimestralmente (bacteriúria assintomática) ou mensalmente (cistite, pielonefrite) com urocultura até o parto.
- Referir ao pré-natal de alto risco as gestantes com pielonefrite ou ITU de repetição.

1.8.2 PARASITOSES

As parasitoses ocorrem com muita frequência em nosso meio e apesar de não representarem, isoladamente, risco à gestação, podem agravar a anemia fisiológica e ferropriva da mesma. Entretanto, os fármacos antiparasitários não são seguros para uso durante o período gestacional. Por isto, o período pré-concepcional é o momento mais oportuno para a identificação e tratamento de helmintíases e as medidas de prevenção primária são indicadas para todas as gestantes e seus familiares.

As gestantes com anemia devem realizar exame parasitológico de fezes e, quando o resultado for positivo, iniciar o tratamento após a 16ª - 20ª semana de gestação, nos quadros clínicos exuberantes ou em infecções maciças (BRASIL, 2012c).

Quadro 35 – Fármacos recomendados para tratamento de parasitoses na gestação				
FÁRMACO	**INDICAÇÃO**	**POSOLOGIA**	**CATEGORIA**	**LACTAÇÃO**
Albendazol	Ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, tricuríase[1] Teníase[2] Estrongiloidíase[3]	400 mg VO dose única 400 mg VO por 3 dias	**C**	Moderadamente seguro, usar com cautela.
Metronidazol	Giardíase e amebíase	750 mg, VO, em três tomadas, por 7 (giardíase) a 10 dias (amebíase)	**B**	Excretado no leite materno. Considerado Seguro

[1]Pode ser utilizado mebendazol (100 mg VO 2x/dia 3 dias) ou nos casos de teníase[2] (200 mg VO 2x/dia 4 dias). [3] Também indicado tiabendazol 50mg/kg/dia VO 2 tomadas por 2 dias).
Fonte: FDA (Anexo 8), Allen e col., 2002; Who, 2002; Chaves e col., 2007; BRASIL, 2012c.

Tanto mebendazol como albendazol e tiabendazol são indicados nos casos em que os benefícios de uso durante o 2º/3º trimestre de gestação superam os riscos (WHO, 2002; Brasil, 2012c) uma vez que são categoria C (FDA). Não há informação atual suficiente sobre a excreção no leite materno e seu uso deve ser cauteloso, dando preferência a doses únicas para lactantes. Para a OMS, o mebendazol e o tiabendazol são considerados moderadamente seguros para uso em lactantes. Estudos recentes demonstraram associação entre o uso de albendazol e praziquantel em gestantes e aumento de frequência de alergias nas crianças (ELLIOTT e col., 2011). Webb e col. (2011) no entanto, questionam o uso de antiparasitários em dose única na gestação, sugerindo inclusive revisão das recomendações por instituições internacionais.

Medicamentos como praziquantel, ditioletiona, oxaminiquine e niclosamida são contraindicados na gestação e o tratamento de esquistossomose e himenoleptíase deve ser realizado no puerpério (BRAZIL, 2012c). O praziquantel é considerado seguro durante a lactação (CHAVES e col., 2007).

1.8.3 MALÁRIA

Apresenta alta incidência na região amazônica, inclusive em regiões urbanas (COSTA e col.,2013). As manifestações clínicas variam de oligossintomáticas a quadros típicos com paroxismos de febre alta, calafrios, sudorese profusa e cefaleia. Durante a gestação, há maior parasitemia e os quadros podem se potencialmente graves, como a anemia severa (Hb < 7 g/dL). Associa-se a risco maior de aborto, prematuridade, CIUR, sofrimento fetal, RN com baixo peso e óbito materno-fetal.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Todas as gestantes devem ser orientadas sobre as consequências da malária na gestação e a importância da adoção de medidas de prevenção contra picadas de insetos (BRASIL, 2010d, 2012c).

- Usar roupas claras e com mangas longas quando se expuser do pôr-do-sol ao amanhecer (horários de maior atividade de mosquitos vetores de malária).
- Utilizar repelentes à base de N-N-dietilmetatoluamida (DEET) nas áreas expostas da pele (A) (STEFANI e col., 2009).
- Utilizar telas em portas e janelas, mosquiteiro impregnado com piretroides (de acordo com a s orientações do fabricante), ar condicionado.

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

Nas regiões de maior endemicidade como em Manaus, o rastreamento deve ser feito em todas as consultas de pré-natal ou na presença de quadros febris e sintomas relacionados à malária. As gestantes e familiares devem ser orientados a reconhecer os sinais de alerta e procurar um serviço de saúde na presença dos mesmos. Cada episódio malárico aumenta o risco de perda fetal, sendo necessário fazer detecção ativa mensal (BRASIL, 2012c).

O rastreamento é realizado por meio do exame microscópico para malária (gota espessa), com identificação da parasitemia.

Quadro 36 - Avaliação semiquantitativa da densidade parasitária de Plasmodium pela microscopia da gota espessa de sangue

Número de parasitos contados por campo	Parasitemia qualitativa	Parasitemia quantitativa (mm^3)
40 a 60 por 100 campos	+/2	200-300
1 por campo	+	301-500
De 2 a 20 por campo	++	501-10.000
De 21 a 200 por campo	+++	10.001 – 100.000
> 200 por campo	++++	> 100.000

Fonte: Brasil, 2005a, 2010d.

NOTIFICAÇÃO

Todos os casos de malária assim como os exames realizados devem ser notificados por meio do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da malária (SIVEP-malária). Na ficha, é importante preencher o campo “gravidez”.

PLANO DE CUIDADO

Recomenda-se o tratamento imediato após o diagnóstico. Todas as formas de malária durante a gestação são consideradas graves e as gestantes devem ser monitoradas com maior frequência pela equipe de saúde.

Encaminhar imediatamente para a maternidade de referência se:

- O exame de gota espessa apresentar densidade parasitária elevada (> 20 parasitos por campo; 3 ou mais +; > 10.000 parasitos/mm³ de sangue) e/ou sangue periférico materno apresentar evidência de esquizontes.
- Houver sinais ou sintomas sugestivos de gravidade da doença – icterícia, sangramentos, dispnéia, hiperpirexia (T > 41ºC), convulsão, hipotensão arterial, icterícia, oligúria (BRASIL, 2010d). A malária grave é uma emergência médica.
- A gestante apresentar contrações uterinas, sangramento vaginal, amniorrexe, diminuição dos movimentos fetais, entre outros.

O tratamento depende do trimestre de gestação, da gravidade do caso e do agente etiológico. A primaquina não deve ser utilizada na gestante. Já na lactante, o medicamento pode ser utilizado associada à cloroquina no tratamento longo (14 dias ou mais de acordo com o peso da pessoa).

A primaquina está contraindicada durante a gestação e nunca deve ser prescrita à gestante.

Os esquemas terapêuticos estão descritos no Quadro 37.

Quadro 37 - Tratamento da malária na gestante

Tratamento para *P. vivax, ovale ou malariae*				
Peso / idade	**Cloroquina cp 150 mg**			**Observações**
	1º dia	**2º dia**	**3º dia**	
25 a 34 kg e/ou 9 a 11 anos	2 cp	2 cp	2 cp	Via oral. Dose total de 25 mg/kg, dividida em 10 mg/kg (1º dia), 7,5 mg/kg (2º dia) e 7,5 mg/kg (3º dia). Tomar preferencialmente junto com a refeição, em dose única diária.
35 a 49 kg e/ou 12 a 14 anos	3 cp	2 cp	2 cp	
≥ 50 kg e/ou ≥ 15 anos	4 cp	3 cp	3 cp	
Prevenção de recaída para *P. vivax, ovale ou malariae*				
Peso / idade	**Cloroquina cp 150 mg**			**Observações**

<table>
<tr><td>25 a 34 kg e/ou
9 a 11 anos</td><td>1 cp por semana</td><td rowspan="2">Via oral.
Dose semanal de 5 mg/kg/semana.
Dose máxima semanal de 300 mg.
Tratar por 12 semanas. Em alguns casos este prazo pode se prolongar.
Certificar-se que a gestante aderiu ao tratamento para iniciar este esquema.</td></tr>
<tr><td>35 a 49 kg e/ou
12 a 14 anos</td><td>1 ½ cp por semana</td></tr>
<tr><td>≥ 50 kg e/ou
≥ 15 anos</td><td>2 cp por semana</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Infecções não complicadas por P. falciparum</td></tr>
<tr><td colspan="4">1º trimestre</td></tr>
<tr><td>Peso / idade</td><td>Quinina
(cp 500 mg)</td><td>Clindamicina
(cp 300 mg)</td><td>Observações</td></tr>
<tr><td>30 a 49 kg e/ou
12 a 14 anos</td><td>1 ½ cp manhã
1 cp noite
por 3 dias</td><td>1 cp 6/6h por 5 dias</td><td rowspan="2">Via oral.
Tomar preferencialmente junto com a refeição.</td></tr>
<tr><td>≥ 50 kg e/ou
≥ 15 anos</td><td>2 cp manhã
2 cp noite
por 3 dias</td><td>½ cp 6/6h por 5 dias</td></tr>
<tr><td colspan="4">Infecções mistas por P. falciparum e P. vivax ou ovale</td></tr>
<tr><td colspan="2">Opção 1 - Artemeter + Lumefantrina (cp 20 + 120 mg)</td><td colspan="2">Observações</td></tr>
<tr><td>25 a 34 kg e/ou
9 a 14 anos</td><td colspan="2">3 cps 12/12h por 3 dias</td><td rowspan="2">No primeiro dia, a segunda dose pode ser dada em intervalo de 8 a 12h.
Via oral.
Tomar preferencialmente junto com a refeição.</td></tr>
<tr><td>≥ 35 kg e/ou
≥ 15 anos</td><td colspan="2">4 cps 12/12h por 3 dias</td></tr>
<tr><td colspan="2">Opção 2 - Artesunato + Mefloquina (100 mg + 200 mg)</td><td colspan="2">Observações</td></tr>
<tr><td>≥ 30 kg e/ou
≥ 12 anos</td><td colspan="2">2 cps ao dia por 3 dias</td><td>Tomar preferencialmente junto com a refeição.</td></tr>
</table>

Fonte: Brasil, 2005a, 2010d, 2012c.

Gestantes com quadros graves de malária devem ser encaminhadas aos centros de referência para tratamento com medicação intravenosa e os quadros são considerados emergência médica (BRASIL, 2010d).

CONTROLE DE CURA

A lâmina de verificação de cura (LVC) pode ser realizada por gota espessa ou esfregaço e é indicada durante e após o tratamento da gestante com diagnóstico de malária, para acompanhar a eficácia do tratamento e fornecer importantes informações de vigilância epidemiológica. Na Amazônia Legal, a LVC não é obrigatória (BRASIL, 2010d).

- *Plasmodium falciparum* - fazer LVC nos dias 2, 4, 7, 14, 21, 28, e 40 após o início do tratamento.
- *Plasmodium vivax* - fazer LVC nos dias 2, 4, 7, 14, 21, 28, 40 e 60 após o início do tratamento.

Considera-se caso novo de malária o resultado positivo em período superior ao último dia da coleta de LVC ou quando se identifica outra espécie parasitária. É preciso fazer nova ficha de notificação e instituir **tratamento o mais precocemente possível.**

As recorrências parasitárias por *P. falciparum* são menos frequentes que para o *P. vivax*. Num segundo episódio de malária por *P. vivax* ou *P. ovale* (recaída), a gestante deverá receber o tratamento convencional com cloroquina e, em seguida, iniciar profilaxia com cloroquina semanal durante 12 semanas, conforme Quadro 37 (BRASIL, 2010d, 2012c).

PARTO E PUERPÉRIO

No pré-parto, deve ser realizado exame de gota espessa nas gestantes com antecedente da doença e se for diagnosticada presença do parasito, o RN deve ser investigado, por meio de lâmina do sangue do cordão umbilical e sangue periférico (BRASIL, 2012c). As orientações sobre a transmissão vertical da malária e sobre os sintomas sugestivos de infecção no RN são fundamentais para que a mãe e/ou familiares possam reconhecê-los precocemente e procurar o serviço de saúde.

1.8.4 HEPATITE B

A eficácia das medidas de prevenção da transmissão vertical do VHB depende da identificação de gestantes infectadas, tanto as portadoras de infecção aguda em qualquer momento da gestação como as portadoras crônicas do VHB (BRASIL, 2013c).

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde (2009d), estima-se o risco de transmissão vertical entre 70 e 90% em gestantes com replicação viral presente (HBeAg reagente e/ou HBV-DNA ≥ 104 cópias/mL ou ≥ 2.000 UI/mL). Nas gestantes com HBeAg não reagente e/ou carga viral baixa, as taxas variam entre 10 e 40% dos casos. O principal fator associado ao fracasso da profilaxia do RN é a carga viral materna. Em neonatos de mães HBsAg e HBeAg reagentes, a taxa de cronificação é superior a 90% e em criancas entre 1 e 5 anos, situa-se entre 25 e 30% (BRASIL, 2009d).

O rastreamento no período pré-concepcional na primeira consulta de pré-natal e no terceiro trimestre é obrigatório e pretende identificar as mulheres suscetíveis para vaciná-las, e as gestantes infectadas para instituir tratamento e medidas de redução do risco de transmissão vertical (BRASIL, 2012c, 2012e).

A transmissão vertical ocorre principalmente no momento do parto, com o contato com o sangue, líquido amniótico ou outras secreções maternas, e é maior nos casos de ameaça de abortamento, rotura prematura de membranas ovulares, parto pré-termo e procedimentos invasivos no pré-natal.

Quadro 38 – Conduta frente aos achados de exame e história vacinal de hepatite B no pré-natal

SITUAÇÃO	CONDUTA NO PRÉ-NATAL	CONDUTA COM O RECÉM-NASCIDO
HBsAg reagente, Anti-HBc e Anti-HBe reagente	Referir para serviços de referência e acompamnhar o pré-natal na APS. Após o parto, encaminhar a mãe para acompanhamento em serviços de referência de infectologia. Compartilhar o cuidado. Fazer busca ativa e investigar comunicantes domiciliares e sexuais. Orientar medidas de proteção nas relações sexuais.	Confirmar a realização de vacina e imunoglobulina humana contra hepatite B na maternidade (até 12 h pós-parto de preferência). A amamentação está liberada logo após a realização das mesmas. RN sintomático – encaminhar ao serviço de referência e apoiar o cuidado. RN assintomático – completar esquema vacinal (2,4 e 6 meses - pentavalente) e solicitar HBsAg e Anti-HBs para descartar infecção e confirmar imunidade no 9º mês. Se RN < 33 semanas ou peso ao nascer < 2.000g – fazer 2ª dose da vacina monovalente contra Hepatite B no 1º mês de vida e completar esquema vacinal (0, 1, 2 e 6 meses).
HBsAg não reagente	Repetir exame no último trimestre	
Esquema vacinal incompleto ou desconhecido Anti-HBs não reagente	Iniciar ou completar esquema vacinal da gestante após a 14ª semana. Repetir exame no 3º trimestre	Confirmar realização da vacina para hepatite B na maternidade e completar esquema vacinal (2,4 e 6 meses - pentavalente). Se RN < 33 semanas ou peso ao nascer < 2.000g – fazer 2ª dose da vacina monovalente contra Hepatite B no 1º mês de vida e completar esquema vacinal (0, 1, 2 e 6 meses).
Esquema vacinal completo e com registro ou Anti-HBs reagente	Acompanhar no baixo risco	

Fonte: Brasil, 2009d, 2012c, 2012e, SBIm, 2013/2014.

Nos casos de violência sexual, se a gestante estiver com o esquema vacinal completo e resposta vacinal conhecida (anti-HBs reagente), não é necessária medida específica para prevenção de hepatite B. Se o esquema vacinal for incompleto ou a gestante não for vacinada ou com anti-HBs não reagente, indica-se vacinação (até completar esquema vacinal; aplicar em deltoide) e realização de Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B (0,06 mL/kg, via intramuscular, em glúteo) no máximo até 14 dias após a agressão. Não se recomenda imunoprofilaxia quando a exposição à violência sexual for recorrente e provocada pelo mesmo agressor (geralmente um familiar) (BRASIL, 2005b).

Quadro 39 - Avaliação e profilaxia da hepatite B em gestantes após violência sexual		
SITUAÇÃO	**DIAGNÓSTICO**	**CONDUTA**
HBsAg reagente Anti-HBc total reagente	Infecção aguda ou crônica	Anti-HBc IgM
HBsAg reagente Anti-HBc total não reagente	Incubação ou falso resultado	Repetir HBsAg
HBsAg não reagente Anti-HBc total reagente	Contato prévio ou falso resultado	Realizar anti-HBs
HBsAg não reagente Anti-HBc total não reagente	Suscetível	Vacinar (0, 1 e 6 meses) e fazer imunoglobulina humana anti-hepatite B (dose única)

Fonte: adaptado de Brasil, 2005b.

1.8.5 TUBERCULOSE

Assim como na população geral, a gestante com sintoma de tosse por um período igual ou superior a 3 semanas é considerada sintomática respiratória e deve ser investigada quanto à tuberculose (TB). Cerca de 90% dos casos de TB são da forma pulmonar e destes, 60% são bacilíferos, principal fonte de infecção da doença (BRASIL, 2011e).

O diagnóstico precoce permite o tratamento oportuno e a interrupção da cadeia de transmissão, evitando a TB congênita ou perinatal. A vigilância pela equipe de saúde é fundamental uma vez que mesmo em quadros de TB ativa, em gestantes, a sintomatologia pode ser mínima (BRASIL, 2012e). A prevenção da TB pós-natal depende do diagnóstico precoce e tratamento das pessoas que coabitam a mesma residência (BRASIL, 2011e).

DIAGNÓSTICO

- Baciloscopia direta em 2 amostras de escarro – no momento da consulta e na manhã do dia seguinte - de acordo com os padrões técnicos preconizados no Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil (BRASIL, 2011e). É capaz de diagnosticar 60% a 80% dos casos de TB pulmonar.
- Prova cutânea de tuberculina (PT) – utilizada para detecção de infecção latente.
- Radiografia de tórax com proteção abdominal - para todo caso de suspeita clínica de TB pulmonar. A gravidez é uma das condições associadas a resultados falso-negativos.
- Cultura para micobactéria nas seguintes suspeitas:
  - Clínica e/ou radiológica de TB com baciloscopia repetidamente negativa.
  - Amostras paucibacilares (poucos bacilos).

– Dificuldades de obtenção da amostra.
– TB extrapulmonar.
– Infecções por micobactérias não tuberculosas.

PLANO DE CUIDADO

Gestantes com diagnóstico de TB devem ser tratadas imediatamente na APS e na presença de intercorrências e/ou complicações no tratamento, devem ser encaminhadas para aos serviços de referência, mantendo o monitoramento na UBS. A ficha de notificação deve ser adequadamente preenchida.

Os efeitos da terapia medicamentosa da TB sobre o feto ainda não são plenamente conhecidos e a escolha pelas doses mínimas efetivas preferencialmente após o 1º trimestre da gestação, quando possível, reduzem o risco de teratogenicidade (BRASIL, 2012c).

O esquema básico para adultos nas doses habituais é recomendado para tratamento de gestantes com casos novos de TB pulmonar ou extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectadas ou não pelo HIV, ou para retratamento por recidiva ou retorno após abandono. É importante associar **piridoxina (50mg/dia)** para reduzir o risco de neurotoxicidade pela isoniazida no RN.

Quadro 40 - Esquema básico para o tratamento da TB (2RHZE /4RH)

Regime	Medicamento	Faixa de peso	Unidades/dose	Tempo
Fase intensiva 2 RHZE	RHZE 150/75/400/275 mg[1]	20 a 35 kg	2 cp	2 meses
		36 a 50 kg	3 cp	
		>50 kg	4 cp	
Fase de manutenção 4 RH	RH 150/75 mg	20 a 35 kg	2 cp 150/75 mg	4 meses
		36 a 50 kg	3 cp 150/75 mg	
		>50 kg	4 cp 150/75 mg	

1 Comprimido em dose fixa combinada. R - Rifampicina / H - Isoniazida / Z - Pirazinamida / E – Etambutol
Fonte: Brasil, 2011e.

Os medicamentos deverão ser administrados preferencialmente em jejum (1h antes ou 2h após o café da manhã), em uma única tomada ou, em caso de intolerância digestiva, junto com uma refeição. O tratamento diretamente observado (TDO) favorece a adesão ao esquema terapêutico, previne casos resistentes, reduz abandono do tratamento, possibilita o monitoramento de efeitos adversos e aumenta a probabilidade de cura (BRASIL, 2011e). A equipe de saúde deve fazer busca ativa das faltantes e utilizar os instrumentos de registro (cartão e ficha de controle de TDO).

São considerados seguros para uso nas gestante e lactantes: rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol. Na gestação, devem ser evitados: estreptomicina e outros aminoglicosídeos, polipeptídeos, etionamida e outras tionamidas e quinolonas. No período de lactação, estreptomicina, ciloserina e terizidona são seguros, já etionamida, ácido paraminossalissílico, ofloxacina, capreomicina, claritromicina e clofazimina devem ser usados com cuidado (BRASIL, 2011e).

TRANSMISSIBILIDADE APÓS INÍCIO DO TRATAMENTO

A transmissibilidade ocorre desde o início da sintomatologia respiratória mas com a instituição do tratamento efetivo, declina após 15 dias, principalmente na ausência de resistência, sendo o paciente considerado não infectante. A confirmação ocorre com a negativação da baciloscopia (BRASIL, 2011e).

Não há contraindicação à amamentação, exceto nos casos de mastite tuberculosa. A mãe bacilífera deve utilizar máscara/lenço durante a amamentação e os cuidados com a criança (BRASIL, 2011e).

Anticoncepção

A Rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais. Orientar a utilização de outros métodos para evitar a gravidez.

1.8.6 TOXOPLASMOSE

Na gestação, 90% das infecções por toxoplasmose são assintomáticas, o que justifica o rastreamento sorológico de rotina no pré-natal. Esta zoonose é causada pelo *Toxoplasma gondii*, um protozoário que tem o homem como um dos seus hospedeiros intermediários. Transmitida pela ingestão de cistos presentes em carnes cruas ou mal cozidas ou de oocistos presentes no solo, alimentos e água ou por transfusão sanguínea e transplante de órgãos. A forma congênita ocorre por transmissão transplacentária.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Todas as gestantes e familiares devem ser orientados às medidas de prevenção primária da toxoplasmose. Para mulheres que planejam engravidar, estas orietações também são importantes (DI MARIO e col., 2009).

- Lavar as mãos ao manipular alimentos.
- Lavar bem os vegetais e as frutas antes de consumi-los.
- Proteger verduras, frutas, legumes e outros alimentos de insetos.

- Não consumir leite e derivados crus e não pasteurizados.
- Preparar a carne antes dos outros alimentos e após seu manuseio, lavar as mãos, os utensílios, a pia e a mesa de preparo com água e sabão.
- Evitar consumir carne crua, mal cozida ou mal passada (principalmente de porco e de carneiro), inclusive embutidos.
- Evitar contato com fezes de gatos e se não for possível, usar luvas para manusear materiais contaminados com as mesmas.
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração.
- Evitar contato com terra de jardim e solo ou usar luvas e lavar as mãos após esta atividade.

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

A sorologia para toxoplasmose possibilita classificar a gestante em imune, suscetível, com infecção antiga ou recente. O período de realização do exame orienta a análise de amostras posteriores para diagnóstico da infecção.

Quadro 41 – Interpretação dos exames para toxoplasmose no pré-natal e conduta

RESULTADO	CLASSIFICAÇÃO	CONDUTA
1º exame		
IgG não reagente **IgM não reagente**	Suscetível	Repetir exame no 3º trimestre.
IgG reagente **IgM não reagente**	Imune, infecção antiga	Não é preciso repetir o exame[1].
IgG não reagente **IgM reagente** Repetir exame em 21 dias	Provável infecção recente ou IgM falso positivo.	Referir ao serviço de infectologia, iniciar espiramicina.
IgG reagente	Confirma infecção	Manter espiramicina ou introduzir esquema tríplice (≥ 30 sem).
IgG não reagente	Não confirma infecção	Interromper espiramicina e repetir exame de 3/3 meses.
IgG reagente **IgM reagente** Teste de Avidez de IgG	Provável infecção recente	
fraca	Infecção recente	Referir ao serviço de infectologia, iniciar espiramicina.
Forte ≤ 16 semanas	Infecção anterior à gestação	Não é preciso repetir o exame[1].
Forte > 16 semanas	Não descarta infecção adquirida na gestação	Referir ao alto risco, iniciar espiramicina ou esquema tríplice (≥ 30 sem) e monitorar com USG.
Exames subsequentes de gestante previamente suscetível (IgG e IgM não reagentes)		
IgG não reagente **IgM não reagente**	Suscetível	Repetir exame no parto.
IgG reagente **IgM não reagente**	- IgG anterior falso negativo e gestante imune - se 1º exame bem no início da gestação e exame atual no final da	Referir ao serviço de infectologia, iniciar espiramicina ou esquema tríplice (≥ 30 semanas) e monitorar com USG. O RN deverá ser investigado.

	gestação ou parto, com títulos altos de IgG: provável IgM falso negativo e alta probabilidade de infecção durante a gestação.	
IgG reagente **IgM reagente**	Infecção com certeza	Gestação < 30 semanas: - iniciar espiramicina. - USG mensal e manter tratamento se normal ou alterar para esquema tríplice se alterada e gestação > 18 semanas. Gestação ≥ 30 semanas: - iniciar esquema tríplice. - USG mensal.
IgG não reagente **IgM reagente** Repetir exame em 21 dias	Provável infecção recente ou IgM falso positivo.	Referir ao serviço de infectologia, iniciar espiramicina.
IgG reagente	Confirma infecção	Manter espiramicina ou introduzir esquema tríplice (≥ 30 sem).
IgG não reagente	Não confirma infecção	Interromper espiramicina e repetir exame de 3/3 meses.

[1] se imunodepressão presente devido a HIV, quimioterapia ou uso de ou corticoides, há risco de reinfecção ou reativação de toxoplasmose. Repetir exame no 2º e 3º trimestres.
Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

Após o diagnóstico materno de infecção antiga ou recente, não é necessário sorologia para toxoplasmose. A exceção é para gestantes com infecção antiga e imunodepressão por HIV/Aids ou uso de corticoide e quimioterápicos, onde o exame deve ser repetido no 2º e 3º trimestres.

TRATAMENTO E SEGUIMENTO

Com o diagnóstico de toxoplasmose confirmado, é importante:

- Fazer a notificação com preenchimento da ficha de investigação epidemiológica e evolução do caso.
- Referir ao infectologista e compartilhar o cuidado na UBS, fazendo busca ativa das faltantes às consultas/atendimentos na APS/ASS.
- Monitorar o tratamento que deve ser instituído imediatamente após o diagnóstico para redução do risco de transmissão vertical.
    - Sulfadiazina após a 34ª semana de gestação aumenta o risco de *kernicterus* neonatal.
    - Pirimetamina é teratogênica e está contraindicada no 1º trimestre gestacional.
    - Fazer hemograma seriado materno para monitorar toxicidade medular da pirimetamina.
    - Nas gestantes com intolerância gastrintestinal ou alterações hematológicas significativas, manter tratamento com espiramicina até o parto.

Quadro 42 - Medicamentos e doses recomendadas para tratamento de toxoplasmose aguda na gestante	
< 30 semanas de gestação e USG normal	
Espiramicina	1g VO 8/8 h
≥ 30 semanas ou USG alterada e gestação > 18 semanas[1]	
Esquema tríplice • **Sulfadiazina** • **Pirimetamina** • **Ácido folínico**	 Dose inicial de 75 mg/kg VO 12/12h. Dose de manutenção de 50 mg/kg VO 12/12 h (máximo de 4 gramas/dia) Dose inicial de 50 mg VO 12/12 h por 2 dias Dose de manutenção de 25 mg VO 12/12 h 10 a 20 mg VO ao dia (manter até 1 semana após retirada da pirimetamina)
≥ 34 semanas até o parto	
Espiramicina (500 mg)	1g VO 8/8 h

[1] Alguns protocolos clínicos recomendam 4 a 6 semanas do esquema tríplice alternado com 3 semanas de espiramicina.
Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012c, 2012e.

Apesar da evidência sobre a efetividade da redução da transmissão vertical de toxoplasmose com tratamento medicamentoso ainda ser discutível atualmente (THIÉBAUT e col., 2007), o consenso de especialistas é de tratar os casos confirmados.

- O monitoramento mensal com USG para detecção de complicações da toxoplasmose fetal como hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática esplênica é recomendado. Na presença de alterações, o tratamento de espiramicina deve ser modificado para o esquema tríplice (BRASIL, 2012c, 2012e).
- Após o parto, o tratamento da puérpera deve ser interrompido.
- Referir o RN para investigação e acompanhamento compartilhado pelo serviço de infectologia, caso ainda não esteja em acompanhamento. A primeira consulta deve ocorrer antes de 30 dias de vida.

1.8.7 SÍFILIS

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, causada pelo *Treponema pallidum,* transmitida por via sexual (sífilis adquirida) ou vertical (congênita), com evolução crônica e sujeita a surtos e agudizações. A sífilis congênita é um marcador de qualidade da assistência materno-infantil uma vez que é de fácil diagnóstico e baixo custo de

tratamento. No entanto, ainda representa um grande desafio para o Brasil o controle desta condição (Brasil, 2007, 2012e).

Classifica-se em (Brasil, 2012e):

- **Sífilis adquirida recente -** Menos de 1 ano de evolução; formas primária, secundária e latente recente.
- **Sífilis adquirida tardia -** Mais de 1 ano de evolução; formas latente e terciária.
- **Sífilis congênita recente -** Diagnóstico até o 2º ano de vida.
- **Sífilis congênita recente -** Diagnóstico após o 2º ano de vida.

Considera-se aborto (< 22 semanas de gestação ou peso < 500 g) ou natimorto (> 22 semanas de gestação ou peso > 500 g) por sífilis, casos onde a mãe portadora de sífilis não foi tratada ou foi inadequadamente tratada (BRASIL, 2012e).

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

As manifestações clínicas estão descritas no Quadro 43.

Quadro 43 – Manifestações clínicas da sífilis
Sífilis primária Surge entre 10 e 90 dias do contato como uma lesão única, ulcerada, de fundo liso, bordos endurecidos (cancro duro), geralmente em pequenos lábios, paredes vaginais, colo uterino ou região anal. Indolor, com adenopatia regional, móvel, indolor e múltipla.
Sífilis secundária Surge 6 a 8 semanas após o desaparecimento do cancro duro e caracteriza-se pela disseminação treponêmica com sintomatologia de poliadenopatia, cefaleia, artralgia, roséola, sifilides papulosas, alopécia e condiloma plano.
Sífilis latente Assintomática, com diagnóstico exclusivamente por sorologia.
Sífilis tardia Manifesta-se entre 3 a 12 anos do contágio, com tubérculo sifilítico ou goma, artropatia de *Charcot*, aneurisma aórtico, *tabes dorsalis* e demência.

Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2007, 2012c, 2012e.

Nas fases primária e secundária, a transmissão vertical em gestantes não tratadas é de 70% a 100% dos casos, enquanto na tardia, pode chegar a 30% dos casos.

Os exames sorológicos para rastreamento, diagnóstico e seguimento estão descritos no Quadro 44.

Quadro 44 – Exames sorológicos para sífilis	
Testes	**Características**
Não-treponêmicos VDRL (*Veneral Disease Research Laboratory)* RDL *(Rapid Plasm Reagin)*	Qualitativos (resultados reagentes ou não reagentes) ou quantitativos (resultados expressos em títulos: 1:2, 1:4, etc.). Tornam-se reativos 14 dias após o cancro duro, com titulações progressivas e elevadas na fase secundária. Após o 1º ano da doença, tendem a reduzir e negativar após o tratamento. Testes sensíveis, indicados para rastreamento e seguimento terapêutico.
Treponêmicos Teste rápido (imunocromatográfico) FTA-Abs (*Fluorescent Treponema Antibody Absorvent Test*	Testes qualitativos, específicos, tornam-se positivos a partir do 15º dia de infecção e permanecem no soro após remissão (cicatriz sorológica). Indicados para diagnóstico mas não para seguimento. Pode ocorrer resultado falso-positivo por reações cruzadas com hanseníase, malária, mononucleose, doenças do colágeno.

Fonte: Brasil, 2012e.

Pré-concepção

Todas as mulheres que desejam engravidar devem fazer investigação para sífilis, assim como seus parceiros. Casos confirmados devem ser tratados.

Pré-natal

Na primeira consulta de pré-natal, a realização do teste rápido oportuniza a captação precoce dos casos suspeitos de sífilis. Quando não disponível, deve ser realizado o VDRL. Recomenda-se testar o parceiro, assim como orientar uso de preservativo em todas as relações sexuais.

- Teste rápido negativo – realizar novo teste na suspeita de contágio, na 30ª semana de gestação, no parto ou abortamento.
- Teste rápido positivo – solicitar VDRL para acompanhar a evolução do caso e monitorar.

PLANO DE CUIDADO

Tratamento

O tratamento deve ser instituído imediatamente após o diagnóstico e envolver a gestante e seu parceiro, independente da realização de sorologia no mesmo.

Quadro 45 – Tratamento da sífilis no pré-natal	
Sífilis	**Tratamento**
Primária	Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, IM, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo). Dose total de 2.400.000 UI.
Secundária e latente, com evolução < 1 ano	Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, IM, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo) repetida em 7 dias. Dose total de 4.800.000 UI.
Terciária e latente com evolução > 1 ano ou ignorada	Penicilina G Benzatina, 2.400.000 UI, IM, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo) repetida em 7 e 14 dias. Dose total de 7.200.000 UI.

Fonte: Brasil, 2012c, 2012e.

Gestantes com história de alergia a penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização uma vez que a penicilina é a única medicação que atravessa a barreira placentária e trata o feto (BRASIL, 2006a, 2012c). Na impossibilidade da dessensibilização, recomenda-se a administração de estearato de eritromicina (500 mg), por via oral, de 6 em 6 horas, durante 15 dias na sífilis primária ou 30 dias na sífilis latente e nos casos em que não for possível a sua classificação (BRASIL, 2012c, 2012e).

Após o tratamento, em alguns casos de doença recente, pode ocorrer a reação de Jarisch-Herxheimer que se caracteriza pela exacerbação das lesões cutâneas, febre, artralgia e mialgia. Há involução espontânea em 12 a 48 horas, e não se recomenda a interrupção do tratamento.

É recomendado tratar a gestante com sífilis e seu parceiro imediatamente após o diagnóstico da doença. Se o período de evolução é desconhecido, o esquema terapêutico preconizado é o da sífilis latente tardia, com dose total de penicilina G benzatina de 7.200.000 UI) (BRASIL, 2012e).

Na presença de manifestações neurológicas e cardiovasculares, as gestantes devem ser tratadas na maternidade de referência.

SEGUIMENTO

- Fazer a notificação e a ficha de investigação epidemiológica.
- Realizar controle mensal com VDRL até o final da gestação:
  - declínio dos títulos é considerado resposta adequada ao tratamento – em torno de 4 vezes em três meses e 8 vezes em seis meses.
  - Títulos mantidos baixos e estáveis em 2 avaliações, após 1 ano, indica alta.

  - Títulos baixos podem ocorrer em casos de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada, principalmente se de longa duração. Se houve tratamento penicilínico prévio, documentado e adequado ao estágio da doença, considera-se cicatriz sorológica. Caso contrário, deve-se tratar com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI.
  - elevação de títulos do VDRL em 4 ou mais vezes em relação ao último exame realizado, justifica nova investigação e tratamento (exemplo 1:2 para 1:8).
- Verificar se foi realizado tratamento do parceiro – Dose total de Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI (2.400.000 UI, IM, em dose única, repetida em 7 e 14 dias).
- Orientar abstenção sexual durante o tratamento ou, quando não possível, medidas de prevenção – sexo seguro com uso de preservativo.
- Investigar associação com outras DST.
- Considerar tratamento adequado ou inadequado:

Quadro 46 – Considerações sobre tratamento da sífilis na gestante
TRATAMENTO ADEQUADO
Terapia penicilínica completa e adequada ao estágio da doença. Parceiro sexual tratado concomitantemente. Término do tratamento pelo menos 30 dias antes do parto.
TRATAMENTO INADEQUADO
Terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta, considerando a fase clínica da doença. Instituição ou finalização do tratamento há menos de 30 dias do parto. Ausência de queda ou elevação dos títulos de VDRL após o tratamento adequado. Ausência de tratamento anterior documentado. Parceiro sexual não tratado ou inadequadamente tratado ou quando é desconhecida a informação sobre o seu tratamento.

Fonte: Brasil, 2012c, 2012e.

INTERPRETAÇÃO DE TÍTULOS BAIXOS DE VDRL EM GESTANTES NÃO TRATADAS

Títulos baixos de VDRL (com FTA-Abs positivo), **sem tratamento prévio ou inadequado** não correspondem à cicatriz sorológica e devem ser tratados como sífilis com Penicilina G Benzatina 7.200.000 UI. Monitorar com VDRL mensal após o término do tratamento até o final da gestação.

Puerpério

Puérperas tratadas para sífilis no pré-natal ou parto devem realizar VDRL trimestralmente para controle. É importante verificar o tratamento dos parceiros.

RN de gestantes consideradas inadequadamente tratadas no pré-natal são considerados casos de sífilis congênita e devem ser investigados, tratados e monitorados (BRASIL, 2012c, 2012e, 2013c).

As medidas de proteção como uso de preservativos devem ser sempre orientadas.

1.8.8 HIV/AIDS

A taxa de transmissão vertical do HIV varia de 25 a 30% quando não há intervenção durante o pré-natal, sendo 25% por transmissão intraútero e 75% por transmissão intraparto. Se a terapia antirretroviral for instituída adequadamente, há redução desta taxa para 2%. Durante a amamentação, o risco de transmissão para RN de mães com infecção aguda pelo HIV não tratadas adequadamente é em torno de 29% (BRASIL, 2008b, 2012c, 2013c).

Quadro 47 - Fatores de risco para transmissão vertical do HIV
Virais – genótipo, fenótipo e carga viral.
Maternos – estado clínico, imunológico e nutricional, coinfecção, entre outros.
Comportamentais - uso de drogas, prática sexual desprotegida.
Obstétricos - duração da rotura das membranas amnióticas, via de parto, hemorragia intraparto.
Recém-nascido - prematuridade e baixo peso ao nascer.
Aleitamento materno.

PRÉ-CONCEPÇÃO

O período pré-concepcional é o mais oportuno para a adoção de medidas de prevenção da transmissão vertical, por meio do controle da infecção materna antes da concepção. Todas as mulheres que pretendem engravidar e seus parceiros devem fazer o exame para detecção de HIV (teste rápido ou sorologia). Após o diagnóstico, reduzir a carga viral, diagnosticar e tratar coinfecções, monitorar o estado nutricional e imunológico, e promover a adoção de comportamentos saudáveis são algumas das medidas que podem reduzir o risco de infecção.

RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO

Na primeira consulta de pré-natal, recomenda-se a realização do teste rápido ou sorologia para a gestante e seu parceiro, após aconselhamento e consentimento prévios. Na presença de resultado negativo e ausência de suspeita de janela imunológica, faz-se o aconselhamento pós-teste e a repetição do exame no terceiro trimestre. Se há suspeita de infecção, o teste deve ser repetido após 30 dias. Na presença de resultados discordantes no teste rápido (teste 1 e teste 2), solicita-se a sorologia.

As gestantes com confirmação diagnóstica de HIV devem ser encaminhadas para avaliação nos serviços de referência e acompanhadas de forma compartilhada pela APS e ASS.

PLANO DE CUIDADO

O apoio ao autocuidado favorece o processo de educação em saúde e a adoção de comportamentos como adesão à terapia antirretroviral (TARV), alimentação saudável, participação das atividades e consultas na APS e ASS, imunização, sexo seguro, manejo de comorbidades entre outras.

A equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos psicológicos e contar com o apoio do NASF e da rede de saúde mental para acompanhar esta famílias/gestantes, de acordo com as necessidades identificadas. As orientações sobre a impossibilidade de amamentação devem ser feitas desde o pré-natal.

Pré-natal

Na avaliação da gestante assintomática com infecção pelo HIV, é importante pesquisar (BRASIL, 2012c e 2013j):

- Pele - dermatite seborreica, foliculite, micose, molusco contagioso, ictiose, psoríase, verrugas, Sarcoma de Kaposi.
- Cabeça e pescoço - candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa; fazer fundoscopia se LT-CD4+ < 200 células/mm^3.
- Linfonodos - linfadenopatias.
- Abdome – hepatomegalia, esplenomegalia, massas palpáveis.
- Rastreamento neurocognitivo - pesquisar alterações de memória, lentificação psicomotora, déficit de atenção, sinais neurológicos focais.
- Exame ginecológico - corrimento, úlceras, lesões sugestivas de infecção pelo HPV ou neoplasias.

Além dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal, recomenda-se a realização de exames adicionais.

Quadro 48 – Exames laboratoriais para gestantes com HIV/Aids		
EXAME	**PERÍODO**	**OBSERVAÇÃO**
Função hepática (AST, ALT)	1ª consulta	Se em uso de nevirapina, controles quinzenais até 18ª semana de tratamento de depois mensal.
Função renal (creatinina, sódio, potássio, urina tipo 1)	1ª consulta	Repetir em 3 a 6 meses quando em uso de TARV
Anti-HCV	1ª consulta	No seguimento, periodicidade anual se o exame for negativo.
Anti-HAV	1ª consulta	Imunizar caso negativo e gestante coinfectada com VHC.
Citomegalovírus	Trimestral	Repetir apenas quando o exame for negativo, indicando suscetibilidade.
Parasitológico de fezes	1ª consulta	Se positivo, tratar.
Contagem de linfócitos T-CD4+ e carga viral	1ª consulta	Repetir entre 4-6 semanas após início de TARV e a partir da 34ª semana. Caso a CV seja detectável, repetir o exame e reforçar a adesão.
Sorologia para Chagas	1ª consulta	Em regiões endêmicas.
Prova tuberculínica (PT)	1ª consulta	Se história de contato com tuberculose ou PT reator forte (≥ 5 mm) – investigar TB ativa. Se descartada, indicar profilaxia com isoniazida associada à piridoxina. Repetir a prova anualmente no seguimento e após início da TARV (reconstituição imunológica).
Dosagem de lipídeos	1ª consulta	Periodicidade anual no seguimento.

Fonte: Brasil 2012c, 2012e, 2013j.

O momento de início da TARV é indicado em todas as gestantes, independente da contagem de LT-CD4+. Nas gestantes assintomáticas e com contagem de linfócitos T-CD4+>350 células/mm³, deve ser instituída TARV com três antirretrovirais de 2 classes diferentes, entre a 14ª e a 28ª semana de gravidez até o parto. Nas gestantes com LT-CD4+ ≤ 350 células/mm³ ou com manifestações clínicas graves, a TARV deve ser iniciada em qualquer período gestacional e permanecer após o parto, com as adequações necessárias. Os fármacos e esquemas de tratamento preferenciais estão descritos a seguir. O esquema preferencial inicial é a associação de zidovudina e lamivudina, dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo (ITRN) (A) (Brasil, 2008), com lopinavir (inibidor de protease) (BRASIL, 2012c, 2013j). O esquema alternativo compreende a associação de dois ITRN e um inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo (ITRNN). A nevirapina é o ITRNN de escolha uma vez que o evafirenz é contraindicado em gestantes, mas deve ser utilizada com cautela nas mulheres com LT-CD4+ ≥ 250 células/mm³ pelo risco de hepatotoxidade.

Quadro 49 - Esquema de TARV na gestação		
PREFERENCIAL		
CLASSE	**FÁRMACOS**	
	1ª escolha	**2ª escolha**
2 ITRN	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	Didanosina entérica + lamivudina (ddI EC +3TC) ou Estavudina + lamivudina (d4T + 3TC)
1 IP	Lopinavir (LPV/r)	Saquinavir (SQV/r)
ALTERNATIVO		
CLASSE	**FÁRMACOS**	
2 ITRN	Zidovudina + Lamivudina (AZT + 3TC)	
1 ITRNN	Nevirapina (NPV)	

ITRN - inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeo; IP - inibidor da protease; ITRNN - inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo.
Fonte: Brasil, 2012c, 2013j.

Em relação à imunização, é sempre importante avaliar o risco-benefício. Recomenda-se adiar a imunização de gestantes com manifestação clínica e imunodeficiência grave, quando possível. Estão contraindicadas as vacinas com vírus vivo durante a gestação e comprometimento imunológico grave.

Quadro 50 - Parâmetros imunológicos para imunização com agentes vivos (bactérias e vírus) em pessoas com HIV maiores de 13 anos	
Contagem LT-CD4+ (células/mm³)	**Recomendação para vacinação com agentes vivos atenuados**
> 350	Vacinar
200 a 350	Considerar manifestações clínicas de imunodepressão
< 200	Não vacinar

Fonte: Brasi, 2002a.

A vacinação pode ocasionar variações transitórias da carga viral do HIV-1 e os exames de rotina, portanto, devem ser realizados com pelo menos 30 dias de intervalo das mesmas. As vacinas recomendadas wtão no Quadro 51.

Quadro 51 – Imunização recomendada para gestantes soropositivas para HIV	
dT	Completar o esquema vacinal quando necessário e fazer reforço se a últitma dose foi há mais de 5 anos.
Contra hepatite B	Se anti-HBs negativa (suscetível), fazer vacinação om o dobro da dose recomendada – momento 0, 1, 2 e 6 ou 12 meses.

Imunoglobulina humana anti-hepatite B	Para gestantes suscetíveis, usuárias de drogas, que compartilham seringas e agulhas, que tiveram contato sexual desprotegido com parceiros HBsAg positivos ou vítimas de agressão sexual (iniciar nos primeiros 14 dias de-exposição.
Contra hepatite A	Para gestantes Anti-HAV negativas (suscetíveis), coinfectadas pela hepatite B e C. Fazer 2 doses (0 e 6 meses).
Antipneumocócica	Deve ser considerada.
Anti-influenza	Anualmente, com vacina trivalente inativada, antes do período de influenza.
Imunoglobulina para vírus da varicela-zoster	Para gestantes Antivaricela-zoster negativo (suscetíveis), expostas ao vírus no domicílio, com vizinhos próximos ou em ambiente hospitalar.

Fonte: adaptado de Brasil, 2002a, 2011c, 2012c, 2013j.

As gestantes soropositivas para HIV com suspeita de amniorrexe prematura devem ser encaminhadas com urgência à maternidade uma vez que o risco de transmissão vertical é elevado nesta situação e aumenta progressivamente após quatro horas da rotura.

Parto

As orientações em relação ao parto e ao RN serão comentadas nos itens específicos da linha-guia.

Puerpério

O tratamento das puérperas com HIV segue as mesmas recomendações para TARV em adultos infectados (BRASIL, 2008b e 2013j), dependendo do estágio da doença, das manifestações clínicas, do comprometimento imunológico e da coinfecção. De maneira geral, a TARV deve ser mantida em puérperas com LT-CD4+ ≤ 350 células/mm^3 e/ou sintomatologia de imunodepressão, caso contrário, deve ser suspensa imediatamente após o parto.

A amamentação é contraindicada e as gestantes e familiares devem ser orientados e apoiados neste processo. O RN tem direito a ser alimentado com fórmula láctea infantil até o sexto mês de vida. A inibição da lactação deve ser realizada na maternidade com cabergolina 1 mg (2 comprimidos de 0,5 mg) por via oral, em dose única (BRASIL, 2012c, 2012e, 2013a).

1.8.9 OUTRAS DST

O Ministério da Saúde recomenda a abordagem sindrômica de DST para realizar um tratamento oportuno e efetivo, prevenir complicações e reduzir o risco de disseminação. O aconselhamento, diagnóstico e tratamento na primeira consulta da

mulher/casal, seja no pré-concepcional, pré-natal ou a qualquer momento, é efetivo para cerca de 90% a 92% das DST. Os casos persistentes devem ser encaminhados aos serviços de referência. Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes (GUTMAN, 1999; em BRASIL, 2012e).

RASTREAMENTO E TRATAMENTO

Pesquisar, na anamnese e exame físico, a presença de:

a) Lesão ulcerada, única ou múltipla, na região anogenital, de causa não traumática.
b) Corrimento vaginal e cervical.
c) Verrugas genitais.

As mulheres com corrimento devem ser avaliadas quanto ao risco para cervicite decorrente de clamídea e gonococo, uma vez que estes agentes associam-se a maior risco de prematuridade, rotura prematura de membranas ovulares, CIUR e febre puerperal. O RN pode apresentar sépsis, endocardite, artrite, pneumonia, meningite e outros. Os critérios de risco ára infecção cerical são:

- Parceiro com sintomas.
- Múltiplos parceiros, sexo sem proteção.
- Acredita ter se exposto a DST.
- Provém de áreas de alta prevalência de gonococo e clamídia.

Quadro 52 - Abordagem sindrômica e tratamento das DST na gestação		
Síndrome	**Características**	**Tratamento**
Úlceras		
Sífilis *Treponema pallidum*	Lesão única, indolor, fundo liso e brilhante, secreção serosa escassa, borda endurecido.	Penicilina G benzatina dose total de 2,4 milhões UI, IM, em dose única (1,2 milhões em cada glúteo).
Cancro Mole *Haemophilus ducreyi*	Lesões múltiplas, dolorosas, eventualmente únicas.	Estearato de eritromicina, 500 mg, VO, 6h/6h, por 7 dias. Ceftriaxona, 250 mg, IM, em dose única.
Herpes *Herpes simplex vírus*	Lesões múltiplas, vesiculosas, geralmente precedidas por sensibilidade, ardor, prurido e mialgia.	Aciclovir, 400 mg, VO, 8/8h, por 7 dias.
Donovanose *Klebsiella granulomatis*	Lesão bem delimitada, borda plana ou hipertrófica, fundo granuloso, vermelho vivo e sangramento fácil.	Estearato de eritromicina, 500 mg, VO, 6h/6h, até a cura clínica, por no mínimo 3 semanas
Linfogranuloma *Clamydia trachomatis*	Pápula, pústula ou exulceração indolor.	Estearato de eritromicina, 500 mg, VO, 6h/6h, por 3 semanas.
Corrimentos		
Vaginose bacteriana (vários agentes)	Branco-acinzentado, fluido ou cremoso, bolhoso, odor fétido.	Metronidazol: - 250 mg, VO, 8/8h, por 7 dias. - 500 mg, VO, 12/12h, por 7 dias. - 2 g, VO, dose única. - gel 0,75% 2 x ao dia, por 5 dias. Clindamicina: - 300 mg, VO, 12/12h, por 7 dias. - creme 2%, noite, por 7 dias.
Candidíase *Candida albicans*	Branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso. Prurido, dor e ardor miccional, dispareunia, hiperemia, edema e fissuras em vulva.	Miconazol creme 2%, via vaginal, 1 aplicação à noite ao deitar por 7 dias. Tratamentos VO são contraindicados na gestação.
Gonorreia *Neisseria gonorrhoeae*	Branco, acinzentado ou amarelado. Prurido, odor ou dor durante a relação sexual. Ao exame especular evidencia-se corrimento vindo do orifício cervical (cervicite).	Ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única.
Clamídia *Chlamydia trachomatis*		Azitromicina, 1 g, VO, dose única. Estearato de eritromicina, 500 mg, VO, 6h/6h, por 7 dias.
Tricomoníase *Trichomonas vaginalis*	Abundante, esbranquiçado, amarelado, esverdeado, bolhoso. Prurido, sintomas urinários, mucosa hiperemiada.	Metronidazol: - 400 mg, VO, 12/12 h, por 7 dias. - 2 g, VO, dose única.
Verrugas		
Condiloma *Papilomavírus Humano*	Podem ser subclínicas ou se manifestar por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, no períneo e na região perianal.	Podofilina está contraindicada. Lesões externas pequenas e isoladas – ATA, eletro ou criocauterização a qualquer momento. Lesões externas condilomatosas grandes – ressecção com eletrocautério. Lesões em vagina, colo e vulva, pequenas – ácido tricloroacético, eletro ou criocauterização a partir do 2º trimestre.

Fonte: Brasil, 2006c; Febrasgo, 2011a; Brasil, 2012e.

No puerpério, as mulheres/casais com história de DST devem ser reavaliados e as medidas de proteção devem ser reforçadas. Os casos de condilomatose devem ter seguimento ambulatorial e realização de citopatologia oncótica conforme recomendações de rastreio do INCA.

SEÇÃO 2 - ATENÇÃO AO PARTO, PUERPÉRIO E NASCIMENTO

A qualificação da atenção ao parto, pós-parto imediato e nascimento baseia-se nos princípios da humanização e na melhor evidência disponível na literatura em relação à efetividade e segurança das práticas ofertadas. Para isto, os serviços de atenção obstétrica e neonatal devem contar com uma ambiência adequada, equipe multiprofissional treinada e que compartilhe o cuidado de forma horizontal, e classificação de risco no momento do acolhimento (BRASIL, 2011g, 2013a). As boas práticas no parto e nascimento podem ser classificadas em 4 categorias, de acordo com o documento proposto pela OMS em 1996 e revisado em 2001 pelo Ministério da Saúde, Febrasgo e Abenfo.

Quadro 53 - Classificação das práticas no parto e nascimento baseada em evidência
Categoria A - Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas.
• Avaliação periódica do risco gestacional no pré-natal e no momento do parto. • Plano individual elaborado em conjunto com a mulher/companheiro sobre onde e por quem o parto será realizado. • Respeito à escolha do local do parto. • Assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro. • Respeito à privacidade no local do parto. • Apoio empático pelos prestadores de serviço no trabalho de parto/parto. • Respeito à escolha da gestante sobre seu acompanhante no trabalho de parto/parto. • Fornecimento às mulheres sobre todas as informações/explicações que desejarem. • Oferta de líquidos por via oral no trabalho de parto/parto. • Monitoramento fetal com ausculta intermitente e das contrações uterinas por palpação. • Monitoramento cuidadoso do progresso do parto (uso do partograma da OMS). • Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher no trabalho de parto/parto e após o mesmo. • Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto/parto. • Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto, com estímulo a posições não supinas. • Uso rotineiro de ocitocina, clampeamento tardio (1 a 3 minutos pós-parto) e tração controlada do cordão, durante o 3º estágio do trabalho de parto. • Condições estéreis ao cortar o cordão. • Prevenção da hipotermia; de hemorragia neonatal com vitamina K; de oftalmia gonocócica com nitrato de prata ou tetraciclina. • Alojamento conjunto (de acordo com o risco ao nascer). • Supressão da lactação em mães portadoras de HIV. • Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na 1ª hora pós-parto. • Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Categoria B - Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas.
• Uso rotineiro de enema. • Uso rotineiro de tricotomia. • Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto. • Cateterização venosa profilática de rotina. • Uso rotineiro de posição supina durante o trabalho de parto. • Exame retal. • Uso de pelvimetria por Raios-X. • Amniotomia precoce de rotina para diminuir a duração do trabalho de parto. • Administração de ocitócicos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos. • Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto. • Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o 2º estágio do trabalho de parto. • Massagem e distensão do períneo durante o 2º estágio do trabalho de parto. • Uso liberal e rotineiro de episiotomia. • Uso de comprimidos orais de ergometrina no 3º estágio do trabalho de parto, para evitar/controlar hemorragias. • Uso rotineiro de ergometrina parenteral no 3º estágio do trabalho de parto. • Lavagem uterina rotineira após o parto. • Manobra de Kristeller ou similar, com pressões inadequadamente aplicadas ao fundo uterino no período expulsivo. • Prática liberal de cesariana. • Aspiração nasofaríngea de rotina em RN sem intercorrências. • Manutenção artificial de ar frio na sala de parto durante o nascimento.
Categoria C - Práticas sem evidências suficientes e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão.
• Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos. • Pressão do fundo uterino durante o trabalho de parto. • Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto. • Manipulação ativa do feto no momento do parto. • Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o 3º estágio do trabalho de parto.
Categoria D - Práticas frequentemente utilizadas de modo inadequado.
• Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto. • Controle da dor por agentes sistêmicos. • Controle da dor por analgesia peridural. • Monitoramento eletrônico fetal. • Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto. • Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço. • Correção da dinâmica com utilização de ocitocina. • Amniotomia precoce de rotina no 1º estágio do trabalho de parto. • Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto. • Cateterização da bexiga. • Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário. • Clampeamento precoce do cordão umbilical. • Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto. • Parto operatório. • Exploração manual do útero após o parto.

Fonte: Brasil, 2001b, 2011g.

2.1 ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO, PARTO E PÓS-PARTO IMEDIATO

Em relação à assistência ao trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos serviços obstétricos/de neonatologia, recomenda-se:

- Seguir as boas práticas de atenção ao parto.
- Fazer o acolhimento da gestante/parceiro por toda a equipe de saúde da maternidade, favorecendo o vínculo e a relação de confiança.
- Garantir o direito à presença do acompanhante no trabalho de parto, parto e pós-parto, de acordo com o desejo da gestante.
- Informar familiares ou responsáveis sobre a condição obstétrica da gestante.
- Realizar a avaliação obstétrica global na admissão no serviço obstétrico e avaliar as informações constantes no cartão da gestante. Na ausência deste, solicitar tipagem sanguínea, hemograma, HBsAg, teste rápido para HIV e sífilis.
- Realizar VDRL em gestantes no parto ou abortamento. Toda gestante que apresentar mudança na titulação do VDRL no parto deve fazer sorologia para HIV.
- Transferir gestantes/RN para serviços de maior complexidade, quando necessário, em transporte adequado e com vaga assegurada.
- Observar fatores de risco maternos desde a admissão até o pós-parto, intervindo oportunamente para diminuir a probabilidade de complicações.
- Monitorar as gestantes do pré-parto ao pós-parto pela equipe obstétrica (enfermeiras obstétricas e obstetras).
- Preencher fichas de notificação de doenças de notificação compulsória e encaminhá-las de acordo com fluxos preestabelecidos pela SEMSA (Anexo 11).
- Registrar as informações pertinentes ao atendimento hospitalar de gestantes no prontuário, resumo de alta, Cartão da Gestante, Caderneta da Criança, sistemas de informação municipais e nacionais.

2.2 ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Em relação à atenção ao RN no nascimento, recomenda-se (BRASIL, 2011a, 2012b, 2012d, 2013c):

- Assistência por pediatra.
- Preparação do ambiente e da equipe para a assistência:

    - Anamnese materna para identificação dos riscos.
    - Disponibilidade de materiais (para aspiração, ventilação, intubação traqueal, cateterismo umbilical e avaliação do RN), medicamentos e temperatura ambiente a 26ºC.
    - Equipe treinada em reanimação neonatal.
- Avaliação da vitalidade ao nascer.
- Para RN com boa vitalidade e a termo, faz-se a limpeza manual das vias aéreas (quando necessário), secagem com campo estéril e aquecido, avaliação do Apgar (1º e 5º minutos) e contato pele a pele com a mãe.
- O RN deve ser mantido sobre o abdome e/ou tórax materno, tendo a mãe como fonte de calor, em sala com temperatura ambiente a 26ºC e coberto por campos preaquecidos (BRASIL, 2011a, 2012b, 2012d). O contato cutâneo direto possibilita o início da amamentação na 1ª hora após o parto (na ausência de contraindicação à mesma), que, segundo a OMS, associa-se a menor mortalidade neonatal, maior período de amamentação, menor risco de hemorragia materna e melhor interação mãe/bebê (BRASIL, 2011a, 2012b, 2012d).
- Clampeamento do cordão umbilical após, no mínimo, um minuto, com o RN seco e sobre o abdome da mãe ou ao nível da placenta, ou até que o cordão pare de pulsar (usualmente 3 minutos após o nascimento) (BRASIL, 2011a, 2012b, 2012d).
- Clampeamento imediato do cordão umbilical nos casos indicados como: incompatibilidade Rh, RN deprimido, hidropisia fetal, líquido amniótico meconial e mãe soropositiva para HIV, hepatite B entre outros.
- Assistência ao RN em situações específicas – com líquido meconial, presença de anomalias congênitas, necessidade de reanimação.
- Cuidados de rotina após estabilização clínica do RN na sala de parto:
    - Laqueadura do cordão umbilical.
    - Antropometria.
    - Prevenção de oftalmia gonocócica com instilação de colírio de nitrato de prata 1% (ou tetraciclina).
    - Prevenção de sangramento com administração de 1 mg de vitamina K_1 via IM ou SC.
    - Sorologia para sífilis no sangue materno.
    - Teste rápido para HIV em gestantes que não realizaram o mesmo no 3º trimestre de gestação ou cujo resultado é desconhecido.
    - Detecção de incompatibilidade sanguínea materno-fetal por tipagem sanguinea ABO Rh em amostra de sangue do cordão umbilical. Em mães Rh

negativo, realizar pesquisa de anticorpo anti-D pelo Coombs indireto na mãe e direto no sangue cordão umbilical.

- Determinação da idade gestacional (método de Capurro, BRASIL, 2012b)
- Identificação do RN:
    - No prontuário, com impressão digital e plantar do RN e digital da mãe.
    - Com pulseiras de identificação no RN e na mãe com os seguintes dados: nome da mãe, data e hora do nascimento, sexo e registro hospitalar.
- Encaminhamento ao alojamento conjunto, exceto na presença de critérios que indiquem necessidade de UCIN ou UTIN (Anexo 9) (BRASIL, 2013a)..

A Figura 5 ilustra a atenção integrada e qualificada à mãe e ao RN (OPAS, 2007).

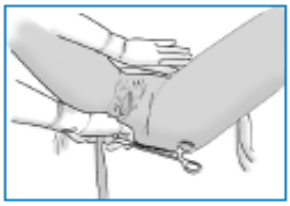
1. Depois do parto, seque imediatamente o recém-nascido. Se a criança estiver reativa, coloque-a deitada de bruços sobre o abdome da mãe*. Matenha o recém-nascido coberto com um cobertor ou uma toalha, para evitar perda de calor.

**Se o recém-nascido estiver pálido, flácido, ou sem respiração, é melhor mantê-lo no nível do períneo materno para permitir o fluxo ideal de sangue e oxigenação enquanto é efetuada a reanimação. O clampeamento imediato do cordão umbilical pode ser necessário, se os cuidados imediatos de reanimação não puderem ser oferecidos sem o clampeamento e o corte do cordão umbilical.*

2. Administre ocitocina (10 U.I por via intramuscular) logo depois do parto.

3. Depois que as pulsações do cordão umbilical cessarem (aproximadamente 3 minutos depois do parto), clampeie e corte o cordão, seguindo técnicas rigorosas de higiene.

4. Coloque o recém-nascido diretamente sobre o abdôme ou tórax da mãe, deitado de bruços, com sua pele em contato com a pele da mãe. Embora a pele da mãe ajude a regular a temperatura do recém-nascido, cubra ambos com um cobertor ou toalha quentes e secos, para evitar perda de calor. Cubra a cabeça do recém-nascido com um gorro ou um pano.



5. Remoção da placenta por meio da tração controlada do cordão umbilical e aplicando contrapressão sobre o útero.

6. Massageie o útero pelo abdome depois da remoção da placenta.

7. Durante a recuperação, apalpe o útero pelo abdome a cada 15 minutos, por duas horas, para verificar se ele está firme e monitore o volume do sangramento vaginal.

8. Deve-se procurar protelar os procedimentos de rotina (ex. pesagem e banho do recém-nascido) por pelo menos uma hora, para que a criança e a mãe possam ficar em contato ininterrupto pele-a-pele e para que comece a amamentação. Se necessário, ofereça-se para ajudar a mãe durante a primeira mamada, sendo sensível a sua necessidade de contato íntimo.

Fonte: OPAS, 2007. Reprodução autorizada desde que citada a fonte.

Figura 5 – Atenção integrada à mãe e ao recém-nascido no parto e pós-parto imediato

Ainda na maternidade, os cuidados com o RN compreendem:

- Avaliação global da criança.
- Orientações à mãe/pai e familiares sobre:
  - Amamentação.

  - Cuidados rotineiros como: posição para dormir (supino), higiene diária com o RN e seus pertences, cuidados com o coto umbilical.
  - Comportamento “normal” do RN.
  - Interação com o bebê.
  - Importância das consultas de acompanhamento na APS, logo na primeira semana de vida.
- Vacinação com BCG dos RN nas seguintes condições (BRASIL, 2011c):
  - Peso ao nascer ≥ 2000 g de e sem intercorrências clínicas.
  - Ausência de imunodeficiência congênita ou uso de imunossupressores (prednisona em dose ≥ 2mg/kg/dia, quimioterapia antineoplásica, radioterapia, etc.).
  - Que não coabite com caso índice bacilífero (fazer antes a quimioprofilaxia).
  - Se mãe com HIV, vacinar os RN assintomáticos e sem imunodeficiência.
- Vacinação contra hepatite B nas primeiras 12 horas de vida.
  - RN com peso ao nascer < 2.000 gramas ou idade gestacional ≤ 33 semanas devem receber quatro doses da vacina (esquema 0, 1, 2 e 6 meses).
  - RN de mães com HIV assintomáticos ou sem imunossupressão devem ser vacinados.
  - Associar imunoglobulina humana anti-hepatite B para RN de mães com coinfecção pela hepatite B.
  - Investigar e assistir RN de mães com HIV/Aids, sífilis, tuberculose, malária, toxoplasmose, hepatite B e Rh negativo.
- Realização da triagem neonatal – teste da orelhinha, do olhinho, do coraçãozinho e do pezinho (após 48h de alimentação proteica).
- Preenchimento de fichas de notificação de doenças de notificação compulsória e encaminhá-las de acordo com fluxos preestabelecidos pela SEMSA (Anexo 11).
- Registro das informações relativas à assistência ao RN como prontuário, Declaração de Nascidos Vivos (DNV), resumo de alta, Caderneta da Criança, sistemas de informação municipais e nacionais.

O acolhimento de puérperas e RN nascidos de parto domiciliar pela maternidade engloba tanto o acesso e o vínculo como a assistência já recomendada para mães e RN no pós-parto imediato.

2.3 SITUAÇÕES ESPECÍFICAS NA ATENÇÃO À PARTURIENTE, À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO

O Quadro 54 expõe cuidados na atenção ao trabalho de parto, parto, pós-parto e nascimento em relação a algumas situações específicas, considerando principalmente as doenças de transmissão vertical.

Quadro 54 – Recomendações na atenção ao parto, pós-parto e nascimento em situações específicas

CONDIÇÃO	RECOMENDAÇÕES
HIV/Aids	Determinar a via de parto de acordo com a indicação obstétrica, uso de TARV no pré-natal, carga viral e fase do trabalho de parto (quando for o caso). • cesárea - critérios obstétricos; não realização de profilaxia antirretroviral combinada na gestação; carga viral > 1.000 cópias/mL ou desconhecida após 34 sem. de gestação; fase inicial de trabalho de parto, membranas corioamnióticas íntegras ou com tempo de rotura < 2 horas, dilatação cervical entre 3-4 cm. Manter medicamentos usados pela gestante (VO) exceto estavudina interromper até 12 h antes do AZT IV). Instituir profilaxia intraparto com AZT IV – início do trabalho de parto ou pelo menos 3 h antes da cesárea eletiva até o clampeamento do cordão umbilical. Cuidados no parto: • Evitar toques desnecessários, procedimentos invasivos e episiotomia. Quando necessário, proteger o feto com compressas para evitar contato com sangue materno. • Procurar manter membranas íntegras ater período expulsivo ou retirada do RN. • Clampear imediatamente após o nascimento o cordão umbilical, sem ordenha. • Se cesárea, fórcipe ou curagem, realizar antibioticoprofilaxia com: cefazolina (2 g IV) após o clampeamento do cordão. • Remover secreções e sangue visível da superfície corporal do RN com compressas macias e banhá-lo em água corrente logo após o parto. • Se preciso, aspirar delicadamente vias aéreas do RN para evitar traumas em mucosas. Quando necessário, aspirar delicadamente vias aéreas do RN para evitar traumas em mucosas. Remover sangue e secreções visíveis do corpo do RN com compressas macias logo após o parto, e banhá-lo em água corrente. Fazer hemograma e iniciar solução oral de AZT ainda na sala do parto ou até 2 horas após o nascimento, de acordo com a idade gestacional do RN. • > 35 semanas - 2 mg/kg/dose, VO, de 6/6h por 6 sem. • 30 - 35 semanas - 2 mg/kg/dose, VO, 12/12h por 2 sem. e 8/8h por 4 sem. • < 30 semanas - 2 mg/kg/dose, VO, 12/12h por 4 sem. e 8/8h por 2 sem. Contraindicar a amamentação e prescrever leite humano pasteurizado do Banco de Leite (credenciado pelo MS) para os RN pré-termo e de baixo peso ao nascer ou fórmula infantil para os demais, após aconselhamento e orientação. Fazer cabergolina para a puérpera, para supressão da lactação. A criança deverá ficar no alojamento conjunto com a mãe. Preencher a ficha de notificação epidemiológica. Encaminhar a puérpera e o RN para acompanhamento de puericultura na UBS.

	Agendar consulta no Serviço de Referência para HIV/Aids para a mãe e o RN, no período máximo de 30 dias após o nascimento.
Malária	Realizar exame de gota espessa em gestantes com história da doença durante a gestação. Nos casos confirmados, investigar o RN com lâmina do sangue do cordão umbilical e sangue periférico (BRASIL, 2012c). Tratar gestantes e RN com malária confirmada (Sessão 1 e 3). Orientar a mãe/pai e familiares sobre o risco de transmissão vertical e as manifestações clínicas no RN, que , quando presentes, devem ser avaliadas imediatamente pela equipe de saúde.
Toxoplasmose adquirida na gestação (suspeita ou confirmada)	Em relação à mãe: • Não é necessário manter o uso de medicação após o parto, nem de fazer novas investigações. • Pesquisar a infecção pelo *Toxoplasma gondii* no exame anatomopatológico de tecido placentário. Em relação ao RN: • Fazer exame clínico, neurológico e oftalmológico completo, com fundoscopia. • Realizar sorologia (IgG e IgM) para toxoplasmose, hemograma, provas de função hepática, RX de crânio, USG transfontanelar e, nos casos confirmados, líquor e tomografia de crânio (ao invés de RX e USG). • Iniciar tratamento de acordo com as orientações da Sessão 3. Fazer a notificação dos casos (Anexo 11). Agendar consulta nos serviços de referência de infectologia antes dos 30 dias de vida do RN.
Hepatite viral	Determinar a via de parto de acordo com a indicação obstétrica. Cuidados no parto: • Evitar episiotomia e, quando necessário, proteger o feto com compressas para evitar contato com sangue materno. • Clampear imediatamente após o nascimento o cordão umbilical, sem ordenha. • Se cesárea, fórcipe ou curagem, realizar antibioticoprofilaxia com: cefazolina (2 g IV) após clampeamento do cordão. • Remover secreções e sangue visível da superfície corporal do RN com compressas macias e banhá-lo em água corrente logo após o parto. • Se preciso, aspirar delicadamente vias aéreas do RN para evitar traumas em mucosas. Administrar até 12h após o nascimento IGHB (0,5 ml via IM) e a 1ª dose de vacina contra hepatite B (via IM, em local diferente). A amamentação está liberada logo após a realização das mesmas. Encaminhar os RN para o Serviço de Referência em Infectologia. Notificar os casos.
Tuberculose	Se a gestante teve tuberculose ativa grave durante a gravidez e no momento do parto, recomenda-se histopatologia e cultura para *M. tuberculosis* da placenta. Investigar o RN com suspeita de TB congênita e tratar de acordo com os resultados (Sessão 3). Para RN coabitante de caso bacilífero, não vacinar com BCG e fazer quimioprofilaxia com isoniazida 10 mg/kg/dia por 3 meses e realizar PT (BRASIL, 2011). - PT < 5 mm - suspender isoniazida e vacinar com BCG. - PT ≥ 5 mm – manter quimioprofilaxia por mais 3 a 6 meses e quando não confirmada a doença ou rever terapêutica para os confirmados. Indicar que mães/familiares bacilíferos façam uso de máscara/lenço durante contato íntimo com o RN até que o escarro negative (Brasil, 2011e).

Sífilis	Fazer VDRL de sangue periférico dos RN com suspeita clínica de sífilis e/ou mães com VDRL reagente na gestação e/ou parto. Não utilizar sangue do cordão umbilical. Investigar sífilis congênita em: • RN, aborto ou natimorto de mãe com sífilis que não tenha sido tratada ou inadequadamente tratada; • Evidência microbiológica de infecção do *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical, em necropsia de criança ou em produto de aborto ou natimorto. Realizar exames complementares (hemograma, RX de ossos longos, exame de líquor, fundoscopia) em RN de mães com sífilis: • Não tratada ou inadequadamente tratada[1] (independente do resultado de VDRL do RN). • Adequadamente tratada[1] mas com títulos de VDRL em amostra de sangue periférico do RN maiores dos que o materno e/ou presença de sintomatologia clínica. Instituir tratamento dos RN de acordo com a avaliação clínica e laboratorial (Sessão 3). Fazer a notificação dos casos.
Rh negativo	Administrar imunoglobulina anti-D em mulheres Rh negativo nas seguintes situações: • Após procedimentos invasivos como amniocentese, cordocentese, biópsia de vilocorial. • Após aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme. • Após sangramento obstétrico (placenta prévia, por exemplo) com risco de hemorragia feto-materna signicativa. • Após o parto de RN Rh positivo e mãe com Coombs indireto negativo. Administrar até 72 horas após o parto ou evento obstétrico, ou até 28 dias após. Todo feto anêmico deve ser transfundido para prevenir hidropsia, por cordocentese e bolsa de sangue específica para esse procedimento.

[1]tratamento adequado de sífilis – tratamento penicilínico completo e adequado ao estágio da doença, finalizado antes de 30 dias do parto e com parceiro tratado concomitantemente.
Fonte: Febrasgo, 2011a; Brasil, 2007a, 2007b, 2010d, 2011e, 2012c, 2012e, 2013c.

2.4 ATENÇÃO À PUÉRPERA NO PÓS-PARTO IMEDIATO

Em relação ao puerpério, compete à maternidade:

- Orientar e apoiar a mãe sobre o aleitamento materno, com equipe treinada em técnicas de amamentação.
- Orientar e apoiar a mãe/pai e familiares sobre o uso de leite humano pasteurizado de Banco de Leite credenciado ao MS ou fórmulas infantis, quando há contraindicação ao aleitamento materno.
- Estimular a interação mãe/pai/familiares ou cuidadores com o RN.
- Estimular a deambulação precoce após o parto, assim como o banho diário (em chuveiro).
- Monitorar sinais de alerta puerperais.

- Assistir as intercorrências maternas e doenças de base como: HIV/Aids, sífilis, malária, toxoplasmose, tuberculose, diabetes, entre outras.
- Acolher e assistir puérperas que retornam à maternidade após alta por intercorrências no puerpério.
- Acolher e assistir mães e bebês cujo parto não foi na maternidade.
- Orientar a puérpera sobre a vacina contra Rubéola na UBS mais próxima de sua residência, exceto aquelas caracterizadas como imunes.

Na alta da puérpera e/ou do RN, a maternidade deve orientar o retorno precoce à UBS e disponibilizar o resumo de alta, com descrição de procedimentos, medicamentos e intercorrências relevantes no parto e no nascimento.

2.5 Atenção ao Puerpério e ao Recém-Nascido na APS

A Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI), proposta pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011g), engloba um conjunto de ações de atenção à saúde das puérperas e dos RN, com o intuito de reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Para tanto, é recomendada a avaliação precoce do binômio mãe/RN pela equipe de saúde da APS, já na primeira semana após o parto, para instituição do cuidado. Para os RN de risco, esta avaliação deve ser mais precoce ainda, nos primeiros 3 dias após alta. Todos os profissionais da equipe de saúde da APS, ASS e serviços obstétricos/de neonatologia devem orientar a mãe/família sobre a importância da PSSI.

Na Rede Manauara, preconiza-se a visita domiciliar pelo ACS nas primeiras 48 horas após a alta, com agendamento da consulta na UBS para a mãe e o bebê com o enfermeiro ou médico até o 7º dia de vida. A consulta subsequente (médico/enfermeiro, alternada com o profissional que fez a consulta anterior) deve ocorrer entre o 15º e 30º dia de pós-parto. Durante estas avaliações, é possível verificar as condições de saúde do binômio mãe/RN e intervir precocemente nas intercorrências e situações de risco/vulnerabilidade.

2.5.1 ATENÇÃO À PUÉRPERA NA APS

Compete à equipe da APS fazer a captação precoce da puérpera por meio da visita domiciliar e do agendamento das consultas/atendimentos na UBS, com busca ativa das que faltam às consultas programadas.

Informações relevantes da história pregressa e perinatal atual podem ser obtidas pela anamnese e pela avaliação dos instrumentos de informação como Cartão da Gestante, prontuário, resumo de alta dos serviços obstétricos etc.

O Quadro 55 aborda os aspectos mais relevantes da avaliação global da puérpera, que complementam a avaliação já realizada no pré-natal ou em momentos anteriores. Caso este seja o primeiro contato da mulher com a UBS, as informações podem ser complementadas conforme a avaliação global da gestante descrita na Sessão 1, item 1.3.

Quadro 55- Avaliação global da puérpera

ÁREA	OBSERVAÇÕES/PLANO DE CUIDADO
Parto e pós-parto	Verificar data, local, tipo de parto (se cesáreo, investigar motivo), condições do atendimento ao parto e ao RN, intercorrências, medicamentos utilizados, resultados de exames, data de alta do serviço obstétrico.
Sinais e sintomas presentes	Perguntar se há alguma queixa física ou emocional. Investigar a presença de sinais de alerta como febre, sangramento intenso, leucorreia fétida, dor em baixo ventre, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou episiotomia, e referir à maternidade para avaliação e conduta. Pesquisar, no exame físico, condição da pele e mucosas, dados vitais (pulso, frequência cardíaca, temperatura axilar, pressão arterial), dor à palpação abdominal, condição uterina, incisão da cesárea, vulva e região anal, linfonodos inguinais, episiotomia ou laceração de períneo, sinais de infecção, presença e características de lóquios, presença de edema de MMII.
Exames realizados no pré-natal	Verificar se foi feito aconselhamento e exame para sífilis e HIV (pré-natal e/ou parto). Caso negativo, fazer aconselhamento pré e pós-teste e oferecer os testes rápidos para a mãe e o parceiro sexual. Verificar a realização e os resultados de outros exames feitos no pré-natal e na maternidade, e instituir plano de cuidado de acordo com os achados.
Aleitamento materno	Investigar se há contraindicação à amamentação, apoiar a puérpera/família e orientar uso de fórmula infantil. Questionar como tem sido a amamentação – desejo, dificuldades, dor, sentimentos, preocupações, frequência das mamadas, orientações recebidas, condições das mamas. Observar a amamentação e orientar de acordo com a Sessão 3. Verificar o aleitamento em outras gestações, intercorrências como mastites, fissuras, abscessos mamários, cirurgias em mamas, bebês com baixo ganho de peso e necessidade de complementação, motivo e época do desmame. Verificar fissuras, ingurgitamento, cicatrizes, sinais inflamatórios ou infecciosos, tipo de mamilo e orientar de acordo com a Sessão 3.
Avaliação do sono e do estado psíquico	Avaliar padrão de sono, presença de queixas como ansiedade, cansaço, fadiga. Rastrear depressão com escalas validadas para uso na atenção primária como o PHQ 9 (Anexo 2). Instituir plano de cuidado de acordo com os resultados, com apoio do psicólogo do NASF e da rede de atenção à saúde mental.
Imunização	Investigar o estado vacinal: • Antitetânico – número de doses e data da última dose de reforço. • Anti-hepatite B – esquema vacinal realizado (completo ou incompleto,

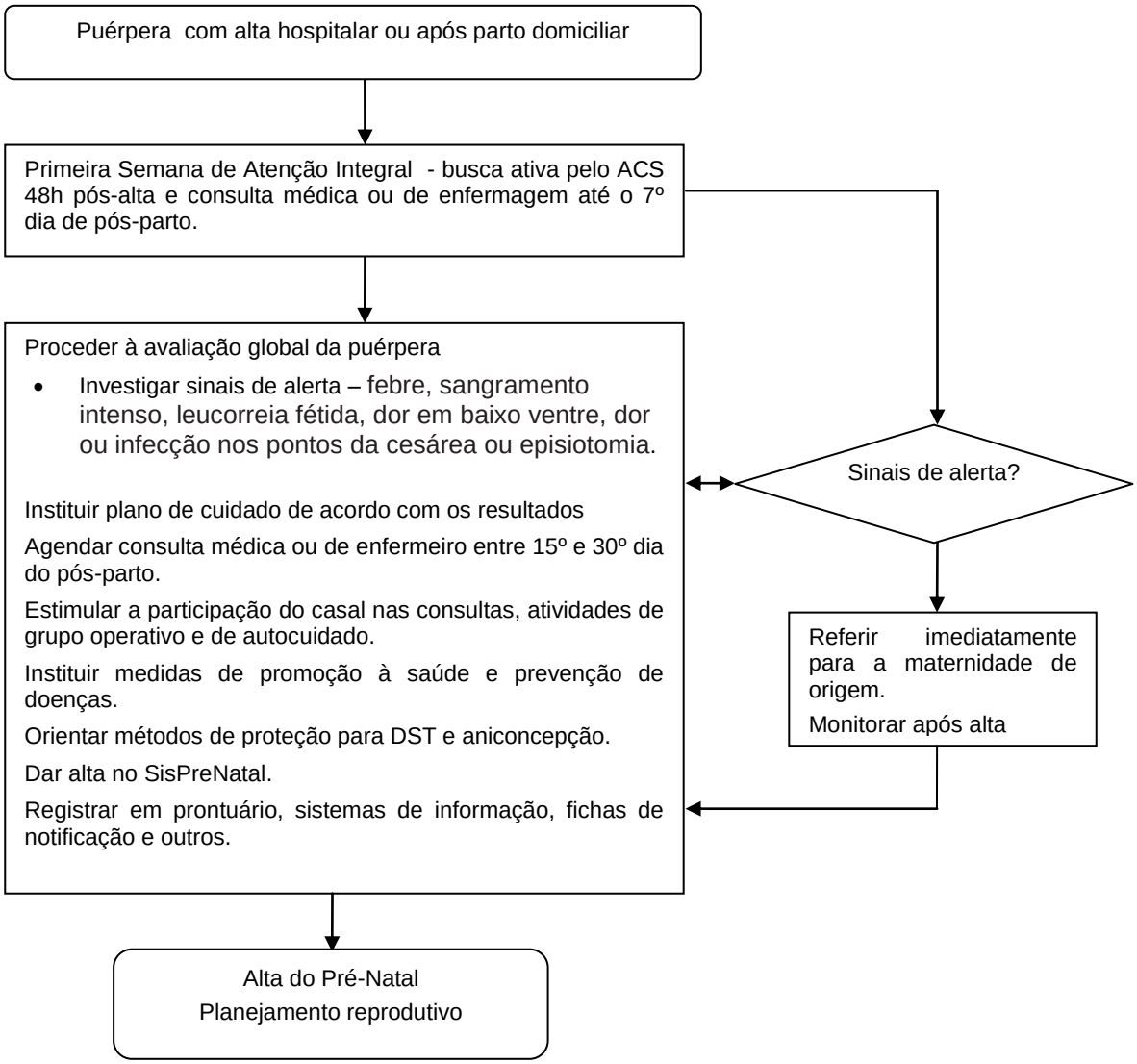
	antecedentes de doença, sorologia). • Rubéola. Proceder às vacinas não realizadas como dupla, tríplice viral, hepatite B.
Avaliação nutricional	Avaliar história de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais. Aferir peso e altura, calcular o IMC, classificar o estado nutricional e comparar com resultados anteriores. Monitorar em intervalos menores, com apoio do NASF, puérperas com baixo peso ou excesso de peso. Verificar suplementações nutricionais realizadas no pré-natal e na maternidade – ácido fólico, sulfato ferroso e outras. Instituir suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar ao dia, por via oral) durante 3 meses (caso não esteja em tratamento para anemia).
Alimentação	Investigar padrão alimentar atual e orientar manter os Dez passos para uma alimentação saudável das gestantes (Sessão 1). Para as mães que estão amamentando, é importante recomendar: • Ingestão energética adicional de 500 calorias/dia em comparação à recomendação calórica para não gestantes. • Beber no mínimo 1 litro de água/líquidos além da ingestão habitual diária. • Consumir frutas e vegetais ricos em vitamina A. • Evitar dietas rigorosas que podem diminuir a produção de leite. • Abstinência de bebidas alcoólicas. • Evitar café, chá preto, refrigerantes à base de cola e chocolate que podem reduzir o teor de ferro do leite materno.
Estilo de vida	Avaliar: • Atividade física – recomendar atividade física moderada durante 30 minutos/dia e orientações posturais.. • Tabagismo – quando presente, fazer abordagem mínima para cessação do tabagismo e encaminhar as puérperas/pais e familiares que desejam parar de fumar aos Ambulatórios de Tratamento de Fumantes). Orientar evitar exposição à fumaça de cigarro nos ambientes. • Uso de álcool (rastrear pelo CAGE) e outras substâncias psicoativas – instituir plano de cuidado e referir à rede de saúde mental, quando necessário.
Saúde bucal	Investigar rotina de escovação, uso de fio dental, acesso à água fluoretada, queixas atuais, avaliação e tratamentos realizados na gestação. Examinar dentes, gengiva, língua, palato e mucosa para identificar alterações de cor, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção. Instituir plano de cuidado de acordo com os achados.
Rede familiar e social	Verificar a presença de companheiro; relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; rede social. Apoiar a puérpera/pai e familiares na resolução de conflitos e na identificação de redes sociais de apoio; referir à ação social quando necessário.
Condições de moradia, de trabalho e ambientais	Questionar sobre o enxoval do bebê, condições sociais para atendimento das necessidades básicas, saneamento, tipo de moradia, atividades domésticas habituais, data de retorno ao trabalho (formal ou informal), grau de esforço físico e estresse, jornada de trabalho, exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos). Orientar direitos da mulher (sociais, trabalhistas) e benefícios (bolsa família, por exemplo), recursos públicos e comunitários etc.
História clínica familiar e pessoal	Investigar antecedentes mórbidos familiares e pessoais (Sessão 1).

História obstétrica e ginecológica	Verificar antecedentes gineco-obstétricos. Confirmar número de filhos vivos, peso ao nascimento, RN com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; malformações congênitas. Questionar sobre a data do último exame preventivo de câncer de colo uterino e os resultados anteriores, recomendando sua realização de acordo com protocolos específicos.
Planejamento reprodutivo e saúde sexual	Avaliar idade de início da atividade sexual, número de parceiros, práticas sexuais, medidas de proteção adotadas para DST, métodos contraceptivos utilizados e de preferência, desejo/plano de ter outros filhos. Orientar intervalo interpartal de 2 anos para mulheres/casais que desejam ter mais filhos, para evitar problemas de saúde para a mãe, como anemia, debilidade física ou hemorragia, e para a criança, como prematuridade e baixo peso. Orientar que a partir do 20º dia pós-parto é possível retomar a atividade sexual. Caso já ocorra, investigar intercorrências como dor e desconforto, orientar métodos de proteção para DST e anticoncepção.
Intercorrências na gestação atual	Verificar história de intercorrências na gestação/parto/puerpério como anemia, hipertensão, diabetes, infecções urinárias, doenças de transmissão vertical, sensibilização Rh entre outros. Assistir e monitorar de acordo com os achados: • Síndromes hipertensivas – acompanhar redução ou não da PA semanalmente e manter, adequar ou retirar medicação anti-hipertensiva. • Diabetes – controlar glicemia capilar se em uso de insulina para adequar dose. Se diabetes gestacional, fazer TOTG 6 a 12 sem. após o parto, instituir medidas de prevenção primária ou inscrever no programa de DM se diabetes confirmado. • Anemia – manter tratamento e monitorar com hemograma. Tratar parasitose associada. • Sífilis – se não tratada ou inadequadamente tratada, tratar puérpera e parceiro sexual e monitorar. Se adequadamente tratada, monitorar com VDRL trimestral. • Tuberculose – supervisionar o tratamento, indicar uso de máscara/lenço durante o cuidado do RN e controlar escarro. • Malária – observar a necessidade de monitorar com LVC. Orientar medidas de prevenção e tratar. • Toxoplasmose – interromper medicação. • HIV/Aids – compartilhar o cuidado com os serviços de referência; manter TARV se LT-CD4+ ≤ 350 células/mm^3 e/ou sintomatologia de imunodepressão, caso contrário, suspender no pós-parto. • Hepatite viral – compartilhar cuidado com a ASS. • Outras DST – reavaliar e reforçar medidas de proteção. Fazer seguimento ambulatorial de condilomatose e citopatologia oncótica conforme INCA. • Isoimunização Rh – fazer prevenção de sensibilização Rh se não foi realizada na maternidade, de acordo com as indicações.

Fonte: Febrasgo, 2010a; BRASIL, 2012c, 2012e.

Além da avaliação global, é importante que a equipe de saúde observe a presença da puérpera nos retornos agendados na ASS, registre as informações no prontuário, cartão da gestante, sistemas de informação e SisPreNatal (puerpério) e dê alta no SisPreNatal.

FLUXOGRAMA 2 - ATENÇÃO À PUÉRPERA NA UBS


Puérpera com alta hospitalar ou após parto domiciliar
Primeira Semana de Atenção Integral - busca ativa pelo ACS 48h pós-alta e consulta médica ou de enfermagem até o 7º dia de pós-parto.
Proceder à avaliação global da puérpera
Investigar sinais de alerta – febre, sangramento intenso, leucorreia fétida, dor em baixo ventre, dor ou infecção nos pontos da cesárea ou episiotomia.
Instituir plano de cuidado de acordo com os resultados
Agendar consulta médica ou de enfermeiro entre 15º e 30º dia do pós-parto.
Estimular a participação do casal nas consultas, atividades de grupo operativo e de autocuidado.
Instituir medidas de promoção à saúde e prevenção de doenças.
Orientar métodos de proteção para DST e aniconcepção.
Dar alta no SisPreNatal.
Registrar em prontuário, sistemas de informação, fichas de notificação e outros.
Sinais de alerta?
Referir imediatamente para a maternidade de origem.
Monitorar após alta
Alta do Pré-Natal
Planejamento reprodutivo

2.5.2 ATENÇÃO AO RECÉM-NASCIDO NA APS

Compete à equipe da APS fazer a captação precoce do RN por meio da visita domiciliar e do agendamento das consultas/atendimentos subseqüentes de puericultura na UBS, com busca ativa dos RN que não são trazidos às atividades programadas.

Informações obtidas na entrevista com mães e familiares e nos registros em prontuário, Caderneta da Criança, Declaração de Nascidos Vivos, resumo de alta, referência/contrarreferência e sistemas de informação municipais e nacionais (SisPreNatal) auxiliam na determinação de risco e vulnerabilidade do RN.

A avaliação global do RN está descrita na Sessão 3. Familiares, cuidadores e os profissionais que estão em contato com o RN devem estar treinados para identificar sinais de alerta, intervindo precocemente e encaminhando para avaliação médica imediata (Sessão 3).

Ao verificar as condutas na maternidade em relação ao RN, é importante confirmar as imunizações e exames realizados, como BCG, vacina anti-hepatite B, triagens neonatais, entre outros. Caso os mesmos não tenham sido feitos, a equipe de saúde deve providenciá-los.

Os RN com triagem neonatal positiva, egressos de UTIN/UCIN e/ou com suspeita/confirmação de doenças de transmissão vertical (toxoplasmose adquirida na gestação, HIV/Aids, hepatite B, sífilis) devem ser encaminhados precocemente para avaliação/tratamento nos Serviços de Referência, quando indicado. Cabe à equipe fazer busca ativa dos faltosos às consultas agendadas na ASS e compartilhar o cuidado, favorecendo a adesão da família ao tratamento.

Além da avaliação global, é importante que a equipe de saúde faça os registros das informações no prontuário, caderneta da criança, fichas de notificação, sistemas de informação municipais e nacionais como o SisPreNatal (RN).

2.5.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PÓS-PARTO

Em relação às orientações e atividades de educação em saúde para a mãe/parceiro e seus familiares, é importante abordar:

- Amamentação.
- Alimentação da mãe/família.
- Estilo de vida.
- Cuidados básicos com o RN como higiene, prevenção de acidentes, imunização etc.
- Comportamento esperado do bebê e, interação dos pais e familiares com o mesmo.
- Atividade sexual segura e planejamento reprodutivo.
- Sinais de alerta em relação à puérpera e ao RN (Sessão 3).
- Direitos da mulher (reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Importância da participação das atividades/consultas/atendimentos de atenção materno-infantil.

SEÇÃO 3 - ATENÇÃO À CRIANÇA DE 0 A 24 MESES

A atenção à saúde das crianças entre 0 e 24 meses de idade estrutura-se a partir da vigilância dos fatores que podem interferir no processo de crescimento e desenvolvimento saudáveis. A APS é o espaço privilegiado para esta vigilância uma vez que as interações entre equipes de saúde e comunidade promovem inúmeras oportunidades de produção compartilhada da saúde e do cuidado. Ao ordenar a atenção, a APS garante o acesso, o vínculo, a longitudinalidade, a integralidade, a comunicação e a equidade, coordenando o cuidado provido pelos diferentes pontos da rede de atenção em torno das necessidades das crianças.

A proatividade das equipes multiprofissionais de saúde em relação às crianças impacta positivamente na promoção à saúde e na prevenção de doenças e agravos, mas principalmente, reduz sofrimento. Todos os integrantes da equipe, desempenhando suas funções, potencializam a ação conjunta em prol de melhores condições de vida e saúde, dignificando a infância no contexto local e global.

Se por um lado, o centro da atenção à saúde é a pessoa, a família e a comunidade, por outro, os sistemas de saúde devem estar organizados para prover serviços efetivos e seguros. A estruturação das redes de atenção à saúde (RAS) não substitui o cuidado, pelo contrário, complementa-o. Nada substitui o olhar atento, a comunicação efetiva, a percepção e atuação precoce frente ao sofrimento experienciado pelas pessoas e comunidades. Quanto melhor a qualidade das relações estabelecidas entre os profissionais dos diferentes níveis do sistema, locais de atendimento e comunidade, maior a possibilidade de se alcançar melhores resultados sanitários.

3.1 CAPTAÇÃO PRECOCE

A visita domiciliar precoce por um membro da equipe de saúde à puérpera, ao RN e seus familiares é recomendada uma vez que oportuniza:

- A observação da relação estabelecida entre a família, a mãe e o RN;
- O favorecimento do desenvolvimento da parentalidade (B);
- Suporte emocional nessa etapa do ciclo familiar;
- O acesso ao serviço de saúde e o vínculo das famílias com os profissionais da equipe de saúde;
- Orientações sobre os cuidados com o bebê;

- A orientação e o favorecimento do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida (A), nos casos onde não haja contraindicação;
- A identificação e atuação frente a sinais de alerta à saúde do RN e da puérpera;
- A identificação de sinais de depressão puerperal (B);
- Prevenção de lesões não intencionais (A).

Por isto, as ações da Primeira Semana de Saúde Integral (PSSI) devem ser realizadas até o sétimo dia de vida da criança, conforme a Política Nacional de Saúde da Criança, e englobam a visita domiciliar pelo ACS e a consulta médica e/ou de enfermeiro(a).

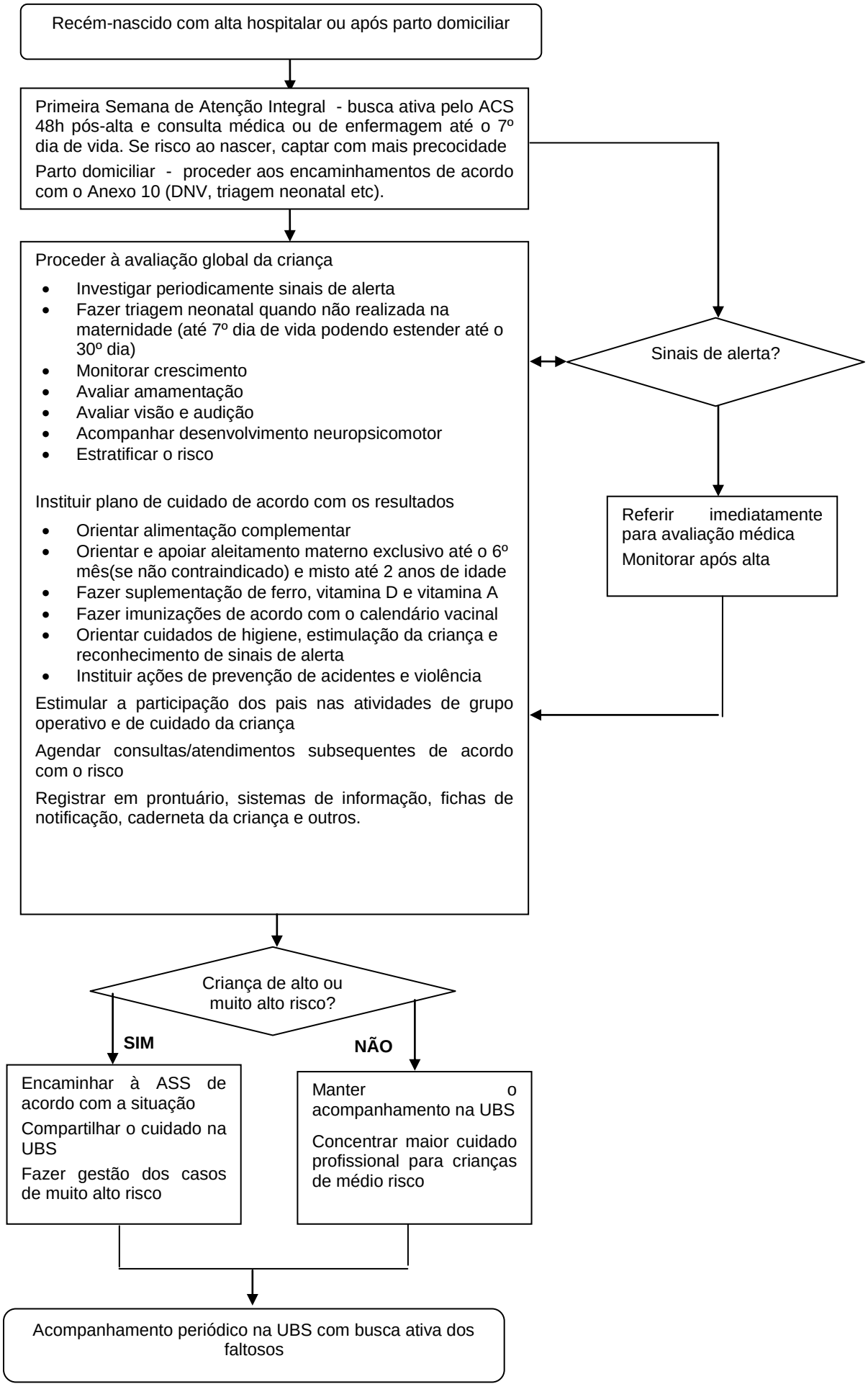
Na Rede Manauara, a visita domiciliar deve ocorrer nas primeiras 48 horas de alta do RN da maternidade ou até 48 horas após o nascimento de parto domiciliar (Anexo 10). Em relação à primeira consulta médica ou do enfermeiro, a recomendação é que ocorra até o 7º dia de vida, podendo ser mais precoce para os RN estratificados como risco alto ou muito alto. Nesta consulta, a puérpera também é avaliada.

3.2 AÇÕES REFERENTES À SAÚDE DA CRIANÇA

- Cadastramento do RN ou das crianças da área de abrangência que ainda não estejam cadastradas na UBS.
- Avaliação global da criança.
- Identificação de Sinais de Alerta, com estabilização e encaminhamento das situações de urgência.
- Atenção às queixas e intercorrências.
- Verificação da realização e resultados das triagens neonatais, com seguimento de acordo com os achados.
- Estratificação de risco.
- Instituição e monitoramento do Plano de Cuidado pela equipe da APS, do NASF e dos serviços de referência de alto risco, com enfoque em.
    - Aleitamento Materno
    - Crescimento e Desenvolvimento
    - Alimentação Saudável
    - Imunização
    - Cuidados com a higiene
    - Saúde Bucal
    - Prevenção de Acidentes e Violência

- Visitas domiciliares.
- Busca ativa das crianças que não forem trazidas às consultas e aos atendimentos agendados na UBS ou nos serviços de referência.
- Realização das atividades de educação em saúde e de apoio ao cuidado da criança, individuais e coletivas.
- Registro em prontuário e preenchimento dos sistemas de informação municipais e nacionais já na primeira consulta na UBS.
- Preenchimento e fornecimento da Caderneta da Criança com informações obtidas nas consultas/atendimentos.
- Agendamento das próximas consultas/atendimentos.

FLUXOGRAMA 3 - ATENÇÃO À CRIANÇA DE 0 A 24 MESES


Recém-nascido com alta hospitalar ou após parto domiciliar
Primeira Semana de Atenção Integral - busca ativa pelo ACS 48h pós-alta e consulta médica ou de enfermagem até o 7º dia de vida. Se risco ao nascer, captar com mais precocidade
Parto domiciliar - proceder aos encaminhamentos de acordo com o Anexo 10 (DNV, triagem neonatal etc).
Proceder à avaliação global da criança
Investigar periodicamente sinais de alerta
Fazer triagem neonatal quando não realizada na maternidade (até 7º dia de vida podendo estender até o 30º dia)
Monitorar crescimento
Avaliar amamentação
Avaliar visão e audição
Acompanhar desenvolvimento neuropsicomotor
Estratificar o risco
Instituir plano de cuidado de acordo com os resultados
Orientar alimentação complementar
Orientar e apoiar aleitamento materno exclusivo até o 6º mês(se não contraindicado) e misto até 2 anos de idade
Fazer suplementação de ferro, vitamina D e vitamina A
Fazer imunizações de acordo com o calendário vacinal
Orientar cuidados de higiene, estimulação da criança e reconhecimento de sinais de alerta
Instituir ações de prevenção de acidentes e violência
Estimular a participação dos pais nas atividades de grupo operativo e de cuidado da criança
Agendar consultas/atendimentos subsequentes de acordo com o risco
Registrar em prontuário, sistemas de informação, fichas de notificação, caderneta da criança e outros.
Sinais de alerta?
Referir imediatamente para avaliação médica
Monitorar após alta
Criança de alto ou muito alto risco?
SIM
NÃO
Encaminhar à ASS de acordo com a situação
Compartilhar o cuidado na UBS
Fazer gestão dos casos de muito alto risco
Manter o acompanhamento na UBS
Concentrar maior cuidado profissional para crianças de médio risco
Acompanhamento periódico na UBS com busca ativa dos faltosos

3.3 AVALIAÇÃO GLOBAL DA CRIANÇA

A avaliação global da criança resulta na estratificação de risco e na elaboração do plano de cuidado, a partir dos critérios identificados ao longo dos atendimentos e consultas com a equipe de saúde. A Caderneta da Criança sempre deve ser consultada e preenchida uma vez que traz importantes informações para a continuidade do cuidado.

3.3.1 HISTÓRIA

Quadro 56 – Informações relevantes da história clínica da criança

ÁREA	OBSERVAÇÕES
Rede familiar e social	Mãe ausente por doença, óbito ou abandono; grau de escolaridade materna; pai presente ou não; conflitos familiares; cuidador não habilitado, número de irmãos; rede social; história sugestiva de violência
Condições de moradia, higiene e ambientais	Saneamento, tipo de moradia Cuidados com os utensílios, roupas e objetos da criança Banho, cuidados com o coto umbilical, higiene após micções e evacuações ou trocas de fraldas Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos), exposição à fumaça de cigarro em casa
História gestacional e perinatal	Gestação desejada e/ou planejada, número de consultas no pré-natal, intercorrências na gestação e no período perinatal, tipo e local de parto (hospitalar, domiciliar com ou sem assistência), idade gestacional, peso ao nascer, Apgar, egressos de UTIN, UCINCo e UCINCa; malformações congênitas; doenças de transmissão vertical; tratamentos realizados e resultados do teste do pezinho, do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho
Condições de saúde dos pais e antecedentes familiares	Mãe e/ou pai com dependência de álcool, psicofármacos e outras drogas, transtorno mental (atenção à depressão pós-parto), deficiência ou doença neurológica; consanguinidade Familiar com tuberculose, hanseníase, HIV, desnutrição, obesidade Mãe com história de óbito fetal, irmão < 5 anos morto por causas evitáveis
Desenvolvimento neuropsicomotor	Aquisições no período, de acordo com o item específico
Amamentação e alimentação	Duração, frequência e intervalo entre as mamadas, alternância das mamas, dificuldades encontradas, sucção débil e/ou não nutritiva, mastites, fissuras, abscessos mamários, motivo e época do desmame Época de introdução de alimentos, frequência, tipos de alimentos História de vômitos importantes (vomita tudo o que ingere) e/ou de recusa alimentar (não consegue mamar ou beber) são sinais de alerta
Sono, micções e evacuações	Padrão de sono, número e padrão de micções e evacuações, cólicas
Saúde bucal	Rotina de higiene bucal da criança, escovação, uso de fio dental (de acordo com a faixa etária), acesso à água fluoretada, uso de chupetas, ingestão de alimentos açucarados Antecedentes ou história atual de lesões na boca, traumas, infecções, cáries, pulpite, doença periodontal ou outras queixas
Imunização	Situação vacinal
Intercorrências	Queixas atuais; atendimentos realizados em outros pontos de atenção como

	centros de referência, serviços de pronto-atendimento; internamentos e tratamentos instituídos
História sugestiva de violência	Retardo na procura por avaliação de saúde, acidentes recidivantes, informações confusas e desencontradas entre os familiares/cuidadores, postura dos familiares/cuidadores não condizentes com a gravidade das lesões, história não concordante com as lesões apresentadas

Fontes: São Paulo, 2003; Minas Gerais, 2008; Curitiba, 2012a; Brasil, 2012b, 2012d, 2012g, 2013c.

3.3.2 EXAME FÍSICO

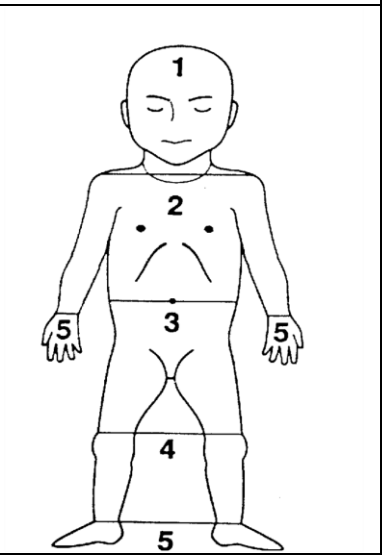
Quadro 57 – Exame físico da criança

ÁREA	OBSERVAR	SINAIS DE ALERTA
Estado geral	Nível de atividade, interação com os pais e o ambiente	Agitação, irritabilidade, letargia, inconsciência, movimentação menor que a habitual, dor à manipulação, gemência, convulsões, aspecto toxêmico, emagrecimento e desnutrição
Dados vitais[1]	Temperatura axilar (36,4 a 37,5ºC) Frequência respiratória: - < 2 meses com FR < 60 mrm - 2 a 11 meses com FR < 50 mrm - 1 a 5 anos com FR < 40 mrm Pulso e frequência cardíaca: - RN - 70 a 170 bpm - 11 meses – 80 a 160 bpm - 2 anos – 80 a 130 bpm	T ≥ 37,5ºC ou ≤ 35,7ºC Apneia (> 20 segundos sem respirar) Taquipneia
Peso e estatura	Ver crescimento	Ver crescimento
Pele e mucosas	Cor, turgor, hidratação, presença de lesões e assaduras Zonas de Kramer para identificação clínica de hiperbilirrubinemia (Figura 6) A icterícia surge primeiro em face (nariz), evolui para tronco e extremidades	Bolhas palmo-plantares (sífilis) Púrpura, petéquias e sufusões hemorrágicas Palidez ou cianose generalizada Sinais de desidratação como boca seca e sinal da prega (retorno lento da prega cutânea ao estado normal) Pústulas em áreas extensas Icterícia - visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida; além da 1ª semana no RN a termo e da 2ª semana no RN pré-termo.
Cabeça e pescoço	Perímetro cefálico (ver crescimento) Fontanelas Posição da cabeça	Fontanela túrgida, abaulada, deprimida ou fechada (craniosinostose) Rigidez de nuca
Olhos	Pesquisar reflexo fotomotor; reflexo vermelho (realizar na 1ª consulta e aos 4, 6, 12 e 24 meses), estrabismo (teste da cobertura e teste de Hirschberg – ver item 2.3.4) após 4 meses e aos 6 e 12 meses) e nistagmo	Olhos encovados e choro sem lágrima (desidratação) RN com secreção purulenta (descartar gonococo, clamídia e herpesvírus) – coletar com SWAB, encaminhar para bacterioscopia e bacteriologia e iniciar tratamento imediatamente, avaliando as condições clínicas do RN ou lactente.

Nariz, boca e ouvidos	Tamanho, forma, simetria, hidratação Boca - tamanho da língua, forma do palato, úvula, freio lingual, gengivas, dentes, oclusão	Sinais sugestivos de sífilis (secreção nasal, nariz em sela); secreção purulenta em ouvido, macroglossia Batimentos de asa do nariz, estridor
Tórax	Simetria, palpação de clavículas, mamas (no RN pode estar ingurgitado e com secreção de leite), precórdio	Retração intercostal e de fúrcula esternal, tiragem subcostal, retração xifoidiana Abaulamento pré-cordial, turgência jugular, *ictus cordis* e sopros cardíacos
Abdome, pelve e períneo	Forma (abaulado ou escavado), umbigo, hérnias, genitália, ânus Palpar testículos	Hiperemia em umbigo estendida à pele da parede abdominal e/ou com secreção purulenta (indicando onfalite), referenciar para a maternidade. Testículos não palpáveis na bolsa escrotal e no canal inguinal – solicitar USG de região inguinal e abdominal. Se não palpável na bolsa escrotal após 6 meses de idade, - encaminhar ao cirurgião. Em caso de hérnia umbilical, acompanhar até 2 anos de idade. Em caso de hérnia inguinal e/ou escrota, encaminhar ao cirurgião.
Extremidades	Cor, temperatura, edema, posição Rastreamento de displasia evolutiva do quadril: - 15, 30 e 60 dias - manobra de Barlow e Ortolani (Figura 7) - 4 aos 12 meses - observar encurtamento de um dos membros inferiores e limitação de abdução do quadril - 12 ou 18 meses – observar hiperlordose lombar, marcha anserina e teste de Trendelenburg (Figura 8)	Edema bilateral em pés Ver desenvolvimento – sinais de alerta
Reflexos	Pesquisa de reflexos arcaicos (ver desenvolvimento)	Ver desenvolvimento
Sinais sugestivos de violência	Lesões não compatíveis com o desenvolvimento neuropsicomotor	Fraturas em < de 18 meses, como fraturas de fêmur ou de crânio por queda do berço Hemorragia bilateral de retina Edema subdural Lesões com forma de objetos ou partes do corpo do agressor, ou que envolvam partes geralmente cobertas, ou em estágios diferentes de cicatrização Queimaduras por imersão ou escaldadura, com limites bem definidos Falhas de cabelo e hemorragia em couro cabeludo Traumas em genitália e/ou ânus
Teste do pezinho	Exames - fenilcetonúria, hipotireoidismo, congênito,	Se triagem positiva, encaminhar ao centro de referência/serviço de atenção secundária

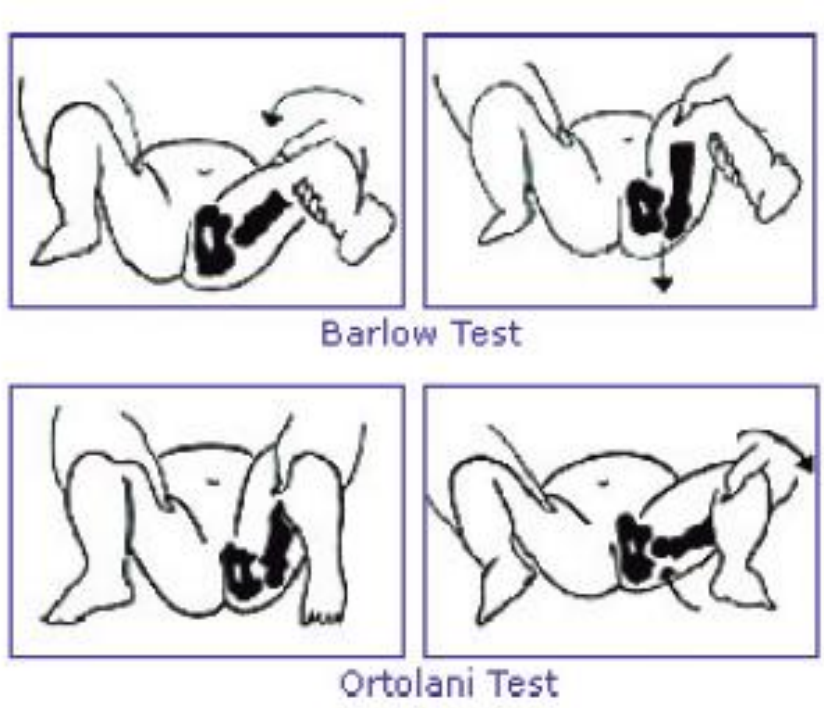
	hemoglobinopatias, fibrose cística, deficiência de biotinidase e hiperplasia adrenal congênita (fase IV). Recomendação – realizar na maternidade, UBS ou domicílio (RN da zona rural), após 48 horas do parto até o 7º dia de vida. Aceitável até o 30º dia como exceção. O resultado deve ser entregue em até 14 dias após a coleta.	com urgência e fazer busca ativa dos faltosos.

[1] a aferição de pressão arterial é sugerida como rotina a partir dos 3 anos de idade (D)
mrm – movimentos respiratórios por minuto; bpm – batimentos por minuto
FONTE: São Paulo, 2003; Minas Gerais, 2008; SBPT, 2007; Curitiba, 2012a, Brasil, 2012b, 2012d, 2012g, 2013c.

CORRELAÇÃO ENTRE BILIRRUBINEMIA E ZONAS DÉRMICAS		
ZONAS DE KRAMER	**Níveis séricos de bilirrubina total**	
1 – Cabeça e pescoço	5,9 ±0,3 mg/dL	
2 – Tórax, acima do umbigo	8,9 ±1,7 mg/dL	
3 – Hipogástrio e coxas	11,8 ±1,8 mg/dL	
4 – Joelhos até tornozelos; cotovelos até punhos	15,0 ±1,7 mg/dL	
5 – Mãos e pés, inclusive região palmar e plantar	> 15,0 mg/dL	

Fonte: Brasil, 2012b,2013c.

Figura 6 – Zonas de Kramer



Fonte: CHILDREN SPECIALISTS, 2012.

Figura 7 - Manobras de Barlow e Ortolani

	Teste positivo	Teste negativo
Levantar um membro inferior e observar a inclinação do tronco para o lado do membro apoiado e a conseqüente inclinação da pélvis, levantando do lado que não suporta o peso. O teste é positivo quando há ocorrência da queda da pélvis, em vez de sua elevação no lado não apoiado.		

Figura 8 – Teste de Trendelenburg

As pessoas envolvidas com o cuidado da criança (mãe, pai, familiares e cuidadores) devem ser orientadas ao rápido reconhecimento dos sinais de alerta a fim de procurarem atendimento na UBS ou Serviços de Pronto-Atendimento/Pronto-Socorro.

3.3.3 CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

Apesar do crescimento e o desenvolvimento infantil serem interdependentes, o primeiro corresponde ao aumento do tamanho corporal enquanto o segundo caracteriza-

se pela progressiva aquisição de habilidades complexas. Este processo dinâmico e contínuo expressa a condição de saúde da criança desde o período intrauterino e é resultante da interação de um conjunto de fatores ambientais, genéticos, relacionais e de acesso à saúde. O acompanhamento destes processos possibilita a precoce identificação de situações de risco.

ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO

O crescimento nos dois primeiros anos de vida tem um ritmo intenso e pode ser verificado por meio das medidas antropométricas **peso, comprimento** e **perímetro cefálico**, relacionadas à idade e gênero. Os atendimentos realizados nos serviços de saúde são uma oportunidade de realizar estas medidas para monitorar e identificar precocemente alterações no crescimento. Neste período de 0 a 24 meses, a diminuição do mesmo pode ser revertida totalmente. Os registros de peso, comprimento (estatura) e perímetro cefálico nos gráficos são recomendados até os 2 anos de idade (PANPANICH e GARNER, 2008).

Quadro 58 - Crescimento esperado para recém-nascidos a termo (≥ 37 semanas gestação)

Idade	Peso	Comprimento	Perímetro cefálico
Até 7 dias	Perda de 5 a 10% peso ao nascimento	15 cm	2 cm/mês
Entre 10 e 14 dias	Próximo ao do nascimento		
1º trimestre	700 g/mês (20 a 40 g/dia)		
2º trimestre	600 g/mês		1 cm/mês
3º trimestre	500 g/mês	10 cm	0,5 cm/mês
4º trimestre*	400 g/mês		0,3 cm/mês
até 8º trimestre		10 a 12 cm	

* o peso do nascimento triplica

Fonte: São Paulo, 2003, Curitiba, 2012a, Brasil, 2011b, 2012b, 2012g.

Em RN prematuros (< 37 semanas de idade gestacional), a avaliação do crescimento deve considerar a correção da idade (D). Para tanto, deve-se diminuir da idade pós-natal o período aproximado que faltou para o nascimento a termo considerado padrão (40 semanas). A idade corrigida pode ser utilizada até 18 meses para o perímetro cefálico, até 24 meses para peso e até 3 anos e 6 meses para estatura.

IDADE CORRIGIDA (em meses) = idade pós-natal – semanas que faltaram para 40 sem/gestação

Quadro 59 - Prazos de utilização da idade corrigida para recém-nascidos pré-termo	
Perímetro cefálico	Até 18 meses
Peso	Até 2 anos
Estatura	Até 3 anos e 6 meses

ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS

A correlação das medidas com o sexo e a idade resulta nos índices antropométricos: peso para a idade, estatura para a idade, índice de massa corporal para a idade e perímetro cefálico para a idade. A plotagem destes índices em gráficos permite a visualização da direção da curva, indicando crescimento esperado ou não para a faixa etária.

A variação de peso decorrente de situações agudas é rápida e pode ser identificada no índice peso/idade. O índice estatura/idade é comprometido geralmente por condições de maior duração. Alteração na direção da curva peso/idade sem alteração na estatura/idade pode significar processo agudo em resolução. Ambas as curvas com direção afetada significam condição grave e prolongada. Alterações no gráfico de perímetro cefálico/idade identificam precocemente alterações do volume intracraniano. Já os gráficos do IMC/idade são recomendados uma vez que identificam excesso de peso ou desnutrição e predizem o IMC nas outras fases do ciclo de vida. Todas as curvas precisam ser correlacionadas à condição clínica da criança e ao biotipo dos pais.

É importante observar, no gráfico, o Escore-z onde a medida se encontra e a direção da curva que pode ser ascendente, horizontal ou descendente. Para peso/idade, estatura/idade e perímetro cefálico/idade, a curva esperada é sempre ascendente. Para o IMC/idade, no entanto, a curva é ascendente até os 6 meses de idade, descendente entre 6 meses e 5 anos e ascendente novamente a partir dos 5 anos.

Escore Z: é um método estatístico e mostra a distância/diferença em desvios padrão do valor observado (medida antropométrica da criança) em relação à média desta medida.

Os quadros a seguir orientam a classificação de acordo com o Escore-z encontrado para cada índice, considerando a faixa etária e o gênero, de acordo com a OMS (2006 e 2007, em Brasil, 2011b).

Quadro 60 - Peso/Idade para menores de 10 anos	
Escore-z	**Diagnóstico nutricional**
< - 3	Muito baixo
≥ -3 e < - 2	Baixo
≥ - 2 e < + 2	Adequado
> + 2	Elevado

Quadro 61 - IMC/Idade para menores de 5 anos	
Escore-z	**Diagnóstico nutricional**
< - 3	Magreza acentuada
≥ - 3 e < - 2	Magreza
≥ - 2 e ≤ + 1	Eutrofia (Normal)
> + 1 e ≤ + 2	Risco de sobrepeso
> + 2 e ≤ + 3	Sobrepeso
> + 3	Obesidade

Quadro 62 - Estatura/Idade para menores de 10 anos	
Escore-z	**Diagnóstico nutricional**
< - 3	Muito baixa
≥ -3 e < - 2	Baixa
≥ - 2	Adequada

Quadro 63 - Perímetro Cefálico/Idade para menores de 3 anos	
Escore-z	**Classificação**
< - 2	Abaixo do esperado
≥ -2 e < + 2	Normal
≥ + 2	Acima do esperado

O índice peso/idade não é o mais adequado para diagnóstico de excesso de peso em crianças, sendo o mais recomendado o índice IMC/idade.

Crianças cuja estatura encontra-se no Escore-Z + 3, correspondendo ao percentil 99,9, são classificadas como muito altas mas este fato não caracteriza patologia, exceto se houver suspeita de alterações endócrinas ou tumorais.

O Índice de Massa Corporal, obtido através do peso dividido pela altura ao quadrado (peso/altura^2), pode ser utilizado de forma complementar em crianças de 0 a 5 anos, especialmente no acompanhamento dos casos de sobrepeso.

Na presença de curvas de crescimento insatisfatórias, a equipe deve monitorar com maior frequência a criança e investigar:

- Contexto familiar, retorno da mãe ao trabalho, entrada para a creche.
- Cuidado com a criança, higiene, afeto.
- Amamentação/alimentação – transição da dieta, desmame, horários, número e qualidade das refeições.
- Aderência às orientações e suplementação recomendada.
- História de doenças infecciosas, parasitárias, anemia, diarreia, entre outras.

Sinais clínicos dos casos graves de desnutrição:

As formas graves de desnutrição (marasmo, Kwashiokor e formas mistas) manifestam-se clinicamente de maneira típica, conforme o Quadro 64, e devem ser reconhecidas pelos profissionais de saúde para **referência imediata a um serviço de maior complexidade.**

Quadro 64 – Apresentações clínicas de desnutrição	
FORMA	**MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS**
Marasmo	Magreza extrema, com peso/idade inferior ao percentil 3 Atrofia muscular Redução intensa de tecido subcutâneo Abdome proeminente Pele frouxa, principalmente em nádegas Aspecto simiesco Apetite geralmente preservado Irritabilidade
Kwashiorkor	Magreza extrema, com peso/idade muito inferior ao percentil 3 Redução moderada de tecido subcutâneo Alterações cutâneas frequentes Cabelo fraco, seco e descolorido Edema generalizado na maioria das vezes Hepatomegalia Anorexia Apatia
Mista	Características de uma forma e da outra Quando o edema desaparece, as características de marasmo ficam acentuadas.

Fonte: adaptado de Brasil, 2002b, 2012g.

DESENVOLVIMENTO

O desenvolvimento é resultado de uma interação complexa entre fatores ambientais, genéticos e biológicos, apresentando-se de forma singular em cada contexto. Durante a gestação, o cérebro do bebê passa por um processo intenso de transformação estrutural através da multiplicação e migração neuronais e a organização peculiar e seletiva do citoarquitetura cortical e subcortical. Após o nascimento, concomitante às vivências ambientais, ocorre o crescente progresso de sinaptização e mielinização (VOLPE, 2008).

São os fatores neuroquímicos que mediam os mapas neuronais além de um complexo neuroquímico de neurotransmissores que atuam concomitante e progressivamente para ativação dos circuitos cerebrais (D'ESPOSITO, 2002 em CYPEL e col., 2011).

Após o nascimento a criança é considerada um indivíduo somatossensorial inteiramente dependente e precisa estabelecer relações com os primeiros cuidadores (mãe, pai) e o ambiente que a cerca. Os vínculos que o bebê estabelece com as pessoas

a sua volta nesses momentos precoces da vida favorecem ou não sua evolução intelectual e emocional (WINNICOTT, 2000).

O intercâmbio entre mãe e bebê determinará modificações neurobiológicas para ambos, especialmente para a criança criando os alicerces para aquisições funcionais que por sua vez dependem da qualidade e principalmente, da persistência da sucessão desses estímulos (CYPEL e col, 2011).

A maioria dos protocolos orienta a avaliação cognitiva, de habilidades motoras, de comunicação e de interação social (D). Alterações no desenvolvimento esperado para a faixa etária não devem ser consideradas isoladamente e é importante tranquilizar os pais/familiares, orientando-os a estimular a criança.

Os Quadros 65 e 66 orientam a avaliação da presença e evolução dos reflexos primitivos na criança e os achados dos principais marcos do desenvolvimento neuropsicomotor, de acordo com a faixa etária.

Quadro 65 – Considerações sobre a avaliação da presença e evolução dos reflexos primitivos em crianças

REFLEXO	OBSERVAÇÕES
Reflexo tônico-cervical	Rotação da cabeça para um lado e consequente extensão do membro superior e inferior do lado facial e flexão dos membros contralaterais. Simétrico e bilateral. Desaparece até o 3º mês.
Reflexo de Moro	Segurar a criança pelas mãos e liberar bruscamente seus braços. Deve ser sempre simétrico. Incompleto a partir do 3º mês e deve desaparecer a partir do 6º mês
Apoio plantar, sucção e preensão palmar	Desaparecem até o 6º mês.
Preensão dos artelhos	Desaparece até o 11º mês.
Reflexo cutâneo plantar	O estímulo da porção lateral do pé desencadeia extensão do hálux no RN e a partir do 13º mês de vida, flexão. Se após esta idade ocorrer extensão, indica patologia.

Fonte: Brasil, 2012g

Quadro 66 - Desenvolvimento neuropsicomotor de acordo com a faixa etária
0 a 2 meses
Entre 1 e 2 meses: predomínio do tônus flexor, assimetria postural e preensão reflexa. Entre 1 e 2 meses: percepção melhor de um rosto, medida com base na distância entre o bebê e o seio materno. Em torno dos 2 meses visualiza e segue objetos que lhe interessam com o olhar.

2 a 4 meses
Sorriso social. Fica de bruços, levanta a cabeça e os ombros. Adquire noção de profundidade. Jogo das mãos – brinca com as mãos, leva as mãos à boca.
4 a 6 meses
Preensão voluntária das mãos, tenta segurar objetos, leva-os à boca, passa de uma mão à outra. Rola na cama, senta com apoio. Vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro. Emite sons.
6 a 9 meses
Tem noção de “permanência do objeto”, percebe que os objetos que estão fora do seu campo visual seguem existindo Senta-se sem apoio. Arrasta-se, engatinha. Usa os braços e as mãos para se equilibrar. Preensão tipo pinça (tesoura) – segura objetos com 3 dedos, usando o polegar; olha-os atentamente, passa um objeto de uma mão à outra. Brinca de esconde-achou.Reage a pessoas estranhas. Afetividade seletiva: expressa emoções de alegria, tristeza, raiva
9 a 12 meses
Engatinha ou anda com apoio. Fica em pé primeiro com e depois sem apoio. Balbucia monossílabos e inibe-se com o “não”. Acompanha com os olhos objetos em qualquer postura. Localiza de onde vem o som em qualquer direção.
12 a 18 meses
Acuidade visual de um adulto. Explora o ambiente, pegando, puxando, empurrando e jogando objetos. Quer sentir cor, forma, tamanho, textura, temperatura, peso, som, cheiro e sabor. Maior controle das mãos e do corpo. Começa a aprender a usar mais a colher. Anda sozinho, corre. Tenta subir nos sofás, camas, degraus e cadeiras, geralmente com auxílio. Compreende o que lhe dizem, mas fala poucas palavras; repete sons de animais que conhece. Comunica-se por gestos, mostra partes de seu corpo. Começa a resistir a ordens simples.
18 a 24 meses
Pode associar duas palavras, construindo frases simples, pedindo as coisas pelo seu nome. Reconhece-se no espelho e começa a brincar de faz de conta. Sobe em bancos, cadeiras e sofás. Sobe e desce escadas em pé, com o auxílio de um adulto. Leva a colher à boca, toma no copo sozinho. Começa a compreender proibições simples. Fase do “contra”, quer afirmar sua independência.

Fonte: adaptado de São Paulo, 2003; Minas Gerais, 2008; Curitiba, 2012a; Brasil, 2012g.

Na presença de sinais de alerta relativos ao desenvolvimento, é importante orientar aos pais que procurem a UBS. Informações contidas na Caderneta da Criança auxiliam a equipe de saúde em relação à conduta a ser tomada a partir dos resultados

observados na avaliação global da criança. Se houver persistência ou evolução do déficit, a criança deve ser encaminhada ao serviço de referência para avaliação e acompanhamento, caso necessário (Figura 9).

Dados de avaliação	Impressão diagnóstica	Conduta
Perímetro cefálico < -2 escores Z ou > +2 escores Z. Presença de 3 ou mais alterações fenotípicas ou ausência de um ou mais marcos para a faixa etária anterior.	Provável atraso no desenvolvimento.	Referir para avaliação neuropsicomotora.
Ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento para a sua faixa etária.	Alerta para o desenvolvimento.	Orientar a mãe/cuidador sobre a estimulação da criança. Marcar consulta de retorno em 30 dias.
Todos os marcos para o desenvolvimento estão presentes, mas existem um ou mais fatores de risco.	Desenvolvimento normal com fatores de risco.	Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.
Todos os marcos para a faixa etária estão presentes.	Desenvolvimento normal.	Elogiar a mãe/cuidador. Orientar a mãe/cuidador para que continue estimulando a criança. Retornar para acompanhamento conforme a rotina do serviço de saúde. Informar a mãe/cuidador sobre os sinais de alerta.*

Fonte: Caderneta de Saúde da Criança, 2011.

Figura 9 – Orientações frente aos achados da avaliação global da criança em relação ao desenvolvimento

Alguns sinais de alerta observados pelo monitoramento do desenvolvimento podem indicar disfunções neuromotoras, visuais e auditivas.

Quadro 67 - Sinais de alerta observados no desenvolvimento da criança
DISFUNÇÃO NEUROMOTORA
Olhar pouco expressivo, vago, pouco interesse pelo ambiente. Comportamento estereotipado, carência de movimentos ou movimentação excessiva e desorganizada; ausência de evolução motora apesar de adequada estimulação psicoafetiva. Não sustenta a cabeça, controle e alinhamento pobres da cabeça depois dos 4 meses de idade. Ausência de sorriso social ou sorriso social pobre. Irritabilidade ou choro extremos, não sorri aos 3 meses. Hipotonia: dificuldade para se manter nas posturas, de acordo com sua faixa etária, não senta sem apoio aos 8 meses, “postura de sapo” dos membros inferiores. Hipertonia: pernas ou braços rígidos pelo aumento do tônus, dificuldade de repousar o corpo sobre uma superfície de suporte ou pela pobreza/dificuldade de realizar movimentos ativos ou passivos; pés equinos, com dedos dos pés em garra, mãos persistentemente fechadas, rotação interna dos braços, tendência a entrecruzar os membros inferiores (postura das pernas em tesoura). Extensão incompleta do quadril, com ângulo poplíteo permanecendo em 90º, mantém as pernas

flexionadas. Persistente elevação da cintura escapular, ombros para a frente ou retração escapular. Hiperextensão da cabeça e pescoço, no colo ou quando sentado tenta constantemente se jogar para trás. Usa somente um lado do corpo ou apenas os braços para se arrastar. Dificuldade de alimentação devido a sucção e deglutição deficientes, projeção da língua, reflexo de vômito exacerbado.
DISFUNÇÃO VISUAL
Pisca mais que o usual. Lacrimejamento excessivo. Esfrega os olhos frequentemente. Estrabismo ao olhar objetos distantes. Franze o rosto frequentemente ou inclina a cabeça para um lado. Fecha ou cobre um olho persistentemente. Segura os objetos muito próximos ao rosto. Demonstra desconforto significativo à luz forte. Tem as pálpebras avermelhadas ou as fecha. Desenvolve frequentemente inflamações nas pálpebras. Queixa-se de dor nos olhos.
SINAIS DE ALERTA PARA DISFUNÇÃO AUDITIVA
4 meses - não acorda ou se mexe em resposta à fala ou barulho, logo que começa a dormir em um quarto tranquilo. 4 a 5 meses - não vira a cabeça ou os olhos para a fonte sonora lateral (sem pista visual). 6 meses - não se vira propositadamente em direção à fonte sonora (sem pista visual). 8 meses - não tenta imitar os sons feitos pelos pais. 8 a 12 meses - perda da variedade na melodia e sons durante a silabação. 12 meses – não aparenta entender frases simples (sem pistas visuais/gestuais ou experiências anteriores do que foi solicitado). 2 anos - fala pouco ou fala ausente.
SINAIS DE ALERTA PARA A SAÚDE MENTAL
Irritabilidade, choro persistente ou apatia extrema. Ausência do riso social. Ausência de contato visual . Ausência de comportamento de apego. Aversão ao contato físico. Alterações do sono. Distúrbios alimentares.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2012b, 2012d, 2012g; São Paulo, 2003; Minas Gerais, 2008; CURITIBA, 2012a.

3.3.4 AVALIAÇÃO DA AUDIÇÃO

A Triagem Auditiva Neonatal Universal – TANU deve ser realizada na maternidade, a partir de 36 horas do parto.

Para RN egressos de UTIN, deve-se realizar o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico Automático – PEATE (preferencialmente na maternidade ou centro de referência). Se houver falha no teste, é preciso encaminhar a criança para serviços de alta complexidade em saúde auditiva

Para os outros RN, recomenda-se a triagem por emissão otoacústica. Os RN que falharam no teste (triagem +) devem repeti-lo antes de 1 mês de vida na maternidade ou

centro de referência. Após falha em dois testes (triagem +), deve-se encaminhar a criança para serviços de alta complexidade em saúde auditiva.

As crianças que não realizaram a triagem na maternidade precisam ser encaminhadas pela UBS aos serviços de referência (ambulatórios de bebês de risco) antes que completem 1 mês de idade. Desta maneira, é possível fazer diagnóstico definitivo aos 4 ou 5 meses e intervir precocemente para prevenir maiores sequelas (B). Crianças com confirmação da deficiência auditiva devem iniciar tratamento antes do 6º mês de vida.

Crianças com triagens negativas mas com risco para deficiência auditiva devem ser monitorados quanto ao desenvolvimento da linguagem e audição. Na presença de sinais de alerta e alta suspeição de deficiência auditiva, deve-se encaminhar a criança para avaliação em serviços de referência.

O quadro a seguir explicita os fatores de risco para deficiência auditiva.

Quagro 68 - Risco para deficiência auditiva

- História familiar de perda auditiva congênita
- Peso ao nascimento < 1500 g
- Criança pequena para a idade gestacional
- Asfixia neonatal grave com Apgar de 0 a 4 no 1º minuto e de 0 a 6 no 5º minuto
- Permanência na UTIN por mais de 5 dias em situação que envolva circulação extracorpórea, ventilação assistida
- Exposição a medicamentos ototóxicos - diuréticos de alça, quimioterapia, aminoglicosídeos
- Hiperbilirrubinemia com níveis de exsanguineotransfusão
- Infecções intrauterinas como citomegalovirose, herpes, rubéola, sífilis, HIV e toxoplasmose
- Infecções pós-natais associadas à perda auditiva sensorioneural, incluindo meningites bacterianas e virais confirmadas (especialmente herpesvírus e varicela)
- Anomalias craniofaciais incluindo alterações morfológicas do pavilhão e conduto auditivo;
- Consanguinidade parental
- Síndromes com perda auditiva sensorioneural ou condutiva associadas, entre as quais: Waardenburg, Alport, Pendred, Jervell e Lange-Nielson
- Doenças neurodegenerativas, como neuropatias sensoriomotoras, síndrome de Hunter, ataxia de Friedreich e síndrome de Charcot-MarieTooth
- Hemorragia ventricular
- Traumatismos cranioencefálicos, especialmente fraturas do osso temporal

Fonte: adaptado de BRASIL, 2012b, 2012d, 2012g; São Paulo, 2003; Minas Gerais, 2008; CURITIBA, 2012a.

3.3.5 AVALIAÇÃO DA VISÃO

Já na maternidade, os RN devem fazer o teste do olhinho. Nas avaliações subsequentes na UBS, recomenda-se realizar o teste do reflexo vermelho na 1ª consulta e aos 4, 6, 12 e 24 meses.

Também é recomendável fazer o teste da cobertura e teste de Hirschberg para identificar estrabismo após os 4 meses, aos 6 e 12 meses.

Quadro 69 – Testes para avaliação da visão na criança	
TESTE	**TÉCNICA**
Teste do reflexo vermelho	Na penumbra, colocar o oftalmoscópio cerca de 5 a 10 cm de distância dos olhos da criança, iluminando os 2 olhos simultaneamente para se observar o reflexo vermelho em ambos. Um reflexo diferente entre os olhos ou a presença de opacidade sugere catarata congênita, retinoblastoma ou retinopatia da prematuridade. Encaminhar com urgência ao oftalmologista. O teste detecta retinopatia da prematuridade apenas de grau 5 (com descolamento de retina e prognóstico reservado). Encaminhar prematuros com ≤ 32 semanas e/ou < 1500 g para avaliação oftalmológica na 6ª semana de vida.
Teste da cobertura	Com um oclusor colocado 10 a 15 cm de um dos olhos da criança, utiliza-se uma fonte luminosa para atrair o olho descoberto. Retira-se o oclusor. Se o olho que estava coberto movimentar-se em busca da fixação do foco de luz, há suspeita de estrabismo. Fazer em ambos os olhos
Teste de Hirschberg	Posicionar um foco de luz a 30 cm da raiz do nariz da criança. Observar o reflexo nas pupilas e se ocorrer desvio do centro das mesmas, suspeita-se de estrabismo.

Fonte: Brasil, 2012g.

3.4 IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

Assim como na gestação, a estratificação de risco para crianças de 0 a 24 meses de idade orienta as ações da equipe de saúde a partir das necessidades identificadas, com o intuito de garantir um crescimento e desenvolvimento saudáveis e reduzir a morbimortalidade infantil. A partir do risco identificado, é possível determinar a priorização e maior concentração de cuidados na APS e em serviços de atenção secundária à saúde.

Os critérios de risco são estabelecidos a partir do risco ao nascer, risco evolutivo e risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Sua identificação provém das informações obtidas na história clínico-obstétrica materna, na carteira e prontuário da gestante, na Declaração de Nascidos Vivos, na carteira e prontuário da criança, e nas avaliações realizadas durante todos os atendimentos prestados pela equipe de saúde.

3.4.1 RISCO AO NASCER

A Declaração de Nascidos Vivos (DNV), obtida a partir do preenchimento do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) na maternidade, traz informações que permitem a identificação de fatores isolados e/ou associados que caracterizam o risco ao nascer. A presença de um fator isolado ou dois ou mais fatores associados classificam os recém-nascidos como de Risco ao Nascer.

Quadro 70 - Risco ao Nascer	
Pelo menos 1 dos seguintes fatores isolados	Baixo peso ao nascer (peso < 2500 g) Prematuridade (idade gestacional < 37 semanas) Apgar no 5º minuto < 7 (asfixia grave) Pré-natal com menos de 4 consultas Idade materna < 15 anos Mãe com dependência de tabaco, álcool e/ou outras drogas e psicofármacos (critério não presente na DNV)
2 ou mais fatores associados	Mãe com 15 ou mais anos e menor de 19 anos, desassistida socialmente Mãe analfabeta ou com menos de 5 anos de estudo Mãe com antecedente de óbito fetal

Fonte: São Paulo, 2013; Minas Gerais, 2008; Curitiba, 2012a; Brasil, 2012b, 2012d, 2012g.

3.4.2 RISCO EVOLUTIVO

As crianças sem risco ao nascer podem, ao longo dos dois primeiros anos de vida, apresentar fatores de risco que caracterizam maior vulnerabilidade e, consequentemente, maior necessidade de priorização e concentração de cuidados em saúde. Estes fatores estão relacionados à própria criança, à mãe e ao contexto familiar ou social e são identificados no acompanhamento da criança pela equipe de saúde. As crianças que apresentarem um ou mais destes fatores são classificadas como de risco evolutivo.

Quadro 71 - Risco Evolutivo nos dois primeiros anos de vida	
Fatores relacionados à criança	Malformações congênitas (qualquer malformação congênita caracteriza risco) Internações ou infecções repetidas Amamentação não exclusiva antes do 6º mês de vida Desnutrição instalada ou curva ponderoestatural estacionária ou em declínio e carências nutricionais Desenvolvimento neuropsicomotor insatisfatório para a faixa etária sem sinais de alerta presentes Sobrepeso/Obesidade Criança não vacinada ou com esquema vacinal atrasado Sucção débil e/ou não nutritiva Cárie precoce Gengivite na primeira infância

Fatores relacionados à mãe	Gravidez indesejada Depressão pós-parto Mãe ausente por doença, abandono ou óbito
Outros fatores	Sinais sugestivos de violência Um dos pais com transtorno mental severo, deficiência, doença neurológica ou dependência química Óbito de irmão de 5 anos ou menos por causas evitáveis Vulnerabilidade socioeconômica e cultural Familiar com tuberculose, hanseníase, HIV, dependência química, desnutrição e obesidade

Fonte: Curitiba, 2012a; Grupo de Construção da Linha-Guia Materno-Infantil.

3.4.3 RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR

O risco para o desenvolvimento neuropsicomotor, quando identificado, precisa ser monitorado de forma compartilhada na APS e nos serviços de atenção secundária à saúde infantil. Estes serviços estabelecem o plano de cuidado a partir da avaliação neuropediátrica, oftalmológica e auditiva. Por isto, a partir da DNV, das informações na Caderneta da Criança, do Resumo de Alta Hospitalar para menores de dois anos e das avaliações realizadas na APS, é possível caracterizar o risco.

Quadro 72 - Risco para o desenvolvimento neuropsicomotor	
Identificados ao nascer	Peso < 1500 g Idade gestacional < 34 semanas Apgar no 5º minuto < 7
Outros fatores	Convulsões neonatais Asfixia perinatal com manifestações clínicas e laboratoriais Icterícia com níveis críticos com ou sem exosanguineotransfusão Insuficiência respiratória com necessidade de oxigenação por mais de 3 dias Síndromes genéticas Síndromes neurológicas Infecções congênitas: toxoplasmose, sífilis, rubéola, citomegalovírus, herpes e HIV Sepse, meningite, enterocolite necrosante ou outras infecções Policitemia ou anemias sintomáticas Alterações neurológicas no exame clínico Lesões que comprometam o desenvolvimento neuropsicomotor Sinais de hemorragia no SNC identificados por exames de imagem (ecografia, tomografia ou ressonância magnética)

Fonte: Curitiba, 2012a; Brasil, 2012b, 2012d, 2012g, 2013c; Grupo de Construção da Linha-Guia Materno-Infantil.

3.4.4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DAS CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES

A partir destas considerações, a estratificação de risco proposta está descrita no quadro a seguir.

Quadro 73 –Estratificação de risco da criança de 0 a 24 meses
RISCO HABITUAL ou BAIXO
Ausência de risco ao nascer, risco evolutivo e risco para o desenvolvimento neuropsicomotor Família ou rede social com capacidade de cuidado suficiente
RISCO MÉDIO ou MODERADO
Presença de apenas um fator ASSOCIADO de risco ao nascer (não caracterizando alto risco) Risco evolutivo identificado (Quadro 71) Mãe de etnia negra ou indígena, privada de liberdade ou procedente do distrito rural (fluvial ou terrestre) Criança nascida de parto domiciliar não assistido
RISCO ALTO
Egressos de UTIN/UCINCo e UCINCa Risco ao nascer identificado pela presença de pelo menos 1 fator isolado ou dois associados (Quadro 70) Anomalias Congênitas Menores[1] Crianças com doença de transmissão vertical presente e triagem neonatal positiva com acompanhamento em centros de referência/ serviços de atenção secundária Risco para o desenvolvimento neuropsicomotor identificado ao nascer (prematuridade - IG < 34 semanas; Apgar no 5º minuto < 7) ou por outros fatores (de acordo com o Quadro 72) Desnutrição grave Cromossomopatias e Sd genéticas Mãe com 15 anos ou menos e em risco psicossocial pela ausência de rede social ou familiar e/ou com capacidade insuficiente de cuidado Evolução desfavorável de qualquer doença
RISCO MUITO ALTO
Egressos de UTIN / UCINCo acompanhadas e descompensadas ou as não acompanhadas em centros de referência/serviços de atenção secundária Peso ao nascer < 1500 g Anomalias congênitas maiores Crianças com doença de transmissão vertical presente e triagem neonatal positiva sem acompanhamento em centros de referência/ serviços de atenção secundária Qualquer doença desestabilizada

UTIN – Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCINCo – Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Convencionais; UCINCa - Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais Canguru.

[1] polidactilia, apêndices pré-auriculares, hipospádias de 1º grau ou balânicas, fossetas, mamas extranumerárias, nevos pigmentados, por exemplo.

3.4.5 PONTO DE ATENÇÃO DE ACORDO COM A ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO DE CRIANÇAS DE 0 A 24 MESES

A recomendação do ponto de atenção orienta-se pela estratificação de risco da criança de 0 a 24 meses de idade. Vale ressaltar que o acompanhamento em serviços de referência é compartilhado com a APS. Estima-se que 75% das crianças da área de abrangência da UBS sejam de risco baixo e médio e que 25% sejam de alto e muito alto risco.

Para crianças de risco baixo e médio, o acompanhamento é realizado na APS, com uma concentração de cuidado profissional e maior apoio do NASF para as últimas. Já nos estratos de risco alto e muito alto, a recomendação é de acompanhamento compartilhado pela APS e ASS, onde serviços de referência como o ambulatório do bebê

de risco ou o serviço de infectologia, dão assistência a situações específicas. Além da atenção compartilhada, crianças de muio alto risco beneficiam-se da gestão de caso.

3.5 CALENDÁRIO DE CONSULTAS

O calendário de consultas para crianças de 0 a 24 meses na UBS organiza-se em torno das ações propostas até o sétimo dia de vida, pela Política Nacional de Saúde da Criança, do calendário vacinal, do monitoramento do crescimento e desenvolvimento, da amamentação e alimentação complementar, da introdução de suplementos nutricionais e do estrato de risco.

Para todas as crianças, a visita domiciliar do ACS deve ocorrer 48 horas após alta da maternidade ou após o parto domiciliar e a primeira consulta com o médico ou o enfermeiro deve ocorrer até o 7º dia após o parto (PSSI). Maior precocidade é indicada para os casos de maior risco. A programação das outras atividades na APS estão descritas de acordo com o estrato de risco.

Baixo e médio risco

- Consultas médicas no 1º ou 2º mês (alternada com a de enfermeiro) ,4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º mês.
- Consultas com o enfermeiro no 1º ou 2 º mês (alternada com a consulta médica), 3º, 5º, 8º, 10º e 15º mês.
- Atendimento de enfermagem mensal no 1º ano e trimestral no 2º ano de vida.
- Avaliação de saúde bucal no 1º, 6º, 12º e 24º mês.
- Visita domiciliar mensal pelo ACS.

Alto e muito alto risco

- Consultas médicas no 1º, 2º, 3º, 4º, 6º, 9º, 12º, 15º,18º e 24º mês.
- Consultas com o enfermeiro no 1º, 3º, 5º, 7º, 8º, 10º e 21º mês.
- Atendimento de enfermagem mensal no 1º ano e trimestral no 2º ano de vida.
- Avaliação de saúde bucal no 1º, 6º, 12º e 24º mês.
- Visita domiciliar mensal pelo ACS.

É recomendável que os pais sejam motivados a participar de atividades educativas em grupo, de apoio ao autocuidado e ao cuidado da criança, para fortalecimento do vínculo e auxílio à formação da parentalidade (DEMOTT e col., 2006, em BRASIL, 2012e) (A). Por isto, as ações de grupo operativo e cuidado à saúde da

criança englobam desde educação em saúde ao monitoramento do plano de cuidado da criança. Estas ações estão organizadas em razão de marcos importantes da vida familiar no primeiro ano de vida como.

- 1º mês e 3º mês - para fortalecimento do vínculo, da formação da parentalidade e do apoio à amamentação. Pode envolver a equipe de saúde bucal também.
- 6º mês – além do que está descrito acima, pode envolver o nutricionista do NASF, a equipe de saúde bucal e o enfermeiro e englobar imunização e orientações de alimentação complementar, além da introdução de suplementação de ferro e vitamina A.
- 9º e 12º mês – pode envolver os itens descritos anteriormente e contar com o nutricionista ou outro profissional do NASF como fisioterapeuta, psicólogo etc.

Para crianças de alto e muito alto risco, os encontros de grupo operativo no 2º ano de vida podem ser trimestrais. Já para os de baixo e médio risco, podem ser semestrais.

Crianças estratificadas como de médio risco podem necessitar de maior concentração de cuidado que varia de acordo com a situação que indica risco. Os nutricionistas do NASF podem apoiar a atenção às crianças com ganho inadequado ou excesso de peso, os psicólogos podem apoiar mães, casais e famílias com situações de transtornos mentais ou relações conflituosas, a equipe de saúde bucal pode intensificar o cuidado de crianças com cárie e assim por diante.

Para as crianças consideradas de alto e muito alto risco, o acompanhamento nos centros de referência são determinados pela condição clínica e estabilização do quadro. Na APS, no entanto, este monitoramento será mais frequente, incluindo a gestão de caso para os de muito alto risco.

3.6 PLANO DE CUIDADO

3.6.1 ACONSELHAMENTO E CUIDADOS ROTINEIROS

Quadro 74 – Aconselhamento e cuidados de rotina para crianças

SITUAÇÃO	ACONSELHAMENTO
Higiene	Todas as pessoas que tiverem contato com o bebê devem lavar as mãos com água e sabão antes de manuseá-lo ou manusear seus pertences (A), evitando assim infecções em geral. Lavar os pertences do bebê – roupas, fraldas e objetos em geral, com água e sabão. Os utensílios e mamadeira (quando utilizada) devem ficar imersos em água com hipoclorito de sódio 2,5% - 20 gotas para cada litro de água –

	durante 15 minutos (SBP, 2012a). Manter o ambiente limpo e asseado. Para o banho do bebê, deve-se usar sabonete neutro. O coto umbilical deve estar limpo e seco (A). Ao trocar as fraldas, é importante manter o bebê seco e não utilizar talcos (D). As unhas devem ser mantidas curtas e limpas. Em crianças maiores, as mãos devem estar limpas antes de ingerir alimentos. Os alimentos devem ser protegidos de insetos e poeira e adequadamente lavados e cozidos para evitar verminoses e infecções bacterianas. A água para beber deve ser filtrada e fervida ou clorada (2 gotas de hipoclorito de sódio 2,5% para cada litro de água, aguardando 30 minutos antes do consumo).
Exposição à fumaça ambiental	Não fumar dentro dos ambientes onde a criança fica e não manuseá-la logo após fumar.
Uso de chupetas	Desaconselhe o uso de chupetas para não interferir na saúde bucal e na amamentação.
Sono	Oriente que o bebê deve ficar deitado na posição supina (barriga para cima) para prevenir morte súbita (B), cujo risco maior é no primeiro ano de vida (SANTOS e MULLER, 2011). A cama ou o berço deve ser firme, sem lençóis ou cobertores frouxos ou objetos macios em volta do bebê. Desaconselhe que os pais ou cuidadores deitem com a criança em sofás ou poltronas por medida de segurança. Caso utilizem a mesma cama para dormir, oriente que o uso de medicações ou substâncias de abuso ou cansaço excessivo dos pais aumentam o risco de lesões não intencionais por queda ou asfixia principalmente em bebês com menos de 4 meses (B).
Choro noturno	Na presença de queixa dos pais de choro excessivo noturno, investigue: estado geral da criança, início e duração do choro, história pré-natal e perinatal, história familiar de alergias, relações familiares conflituosas, dieta da mãe, alimentação complementar, diurese, evacuação, refluxo gastroesofágico, resposta dos pais ao choro e fatores que aliviam ou agravam o choro (D).

Fonte: SBP, 2012a; Curitiba, 2012a; Brasil, 2012b, 2012g.

3.6.2 SINAIS DE ALERTA

Tanto a equipe de saúde como os pais e responsáveis devem reconhecer os sinais de alerta e procurar atendimento de emergência na presença dos mesmos (D).

Para **crianças menores de 2 meses**, estes sinais são (BRASIL, 2012d, 2012g):

- Não consegue beber ou mamar.
- Vomita tudo que ingere.

- Está letárgico, inconsciente, gemente, com convulsões.
- Irritabilidade ou dor à manipulação.
- Fontanela abaulada.
- Movimenta-se menos do que o habitual.
- Temperatura ≥ 37,5º C ou < 35,5º C.
- Respiração rápida (> 60 mrm) ou apneia (≈ 20 segundos sem respirar).
- Coração acelerado, com frequência cardíaca < 100 bpm.
- Tiragem subcostal, batimentos de asas do nariz.
- Cianose generalizada ou palidez importante.
- Icterícia visível abaixo do umbigo ou nas primeiras 24 horas de vida.
- Secreção purulenta do ouvido.
- Sinais de onfalite - umbigo hiperemiado (hiperemia estendida à pele da parede abdominal) e/ou com secreção purulenta.
- Pústulas na pele (muitas e extensas).

Para **crianças maiores de 2 meses**, os principais sinais de alerta são:

- Não consegue beber ou mamar.
- Vomita tudo que ingere.
- Está letárgico, inconsciente, com convulsões.
- Está desidratado – olhos fundos, sinal da prega presente, irritado ou inquieto.
- Está com sibilância, estridor, tiragem intercostal e frequência respiratória aumentada para a idade (de 2 a 11 meses > 50 mrm; maior de 12 meses a 5 anos > 40 mrm).

3.6.3 ALEITAMENTO MATERNO

A equipe de saúde desempenha um papel fundamental na promoção do aleitamento materno por meio de orientação e monitoramento das nutrizes, dos bebês e das famílias. Ao observar a mãe amamentando seu filho, a equipe pode reconhecer precocemente os anseios, mitos e dificuldades que surgem durante o processo e intervir oportunamente. Fatores de risco para o desmame precoce, como a depressão puerperal, podem ser identificados por meio da escuta ativa e de rastreamento com o PHQ-9 (Anexo 2). Quando o risco é determinado, a mãe deve ser avaliada pelo médico.

ORIENTAÇÕES GERAIS SOBRE A AMAMENTAÇÃO

Saliente que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês é suficiente para alimentar o bebê e diminui o risco dele adoecer (B). Informe que não há necessidade de introduzir alimentos para complementar a alimentação do bebê até o sexto mês e que a

amamentação é indicada até 2 ou mais anos de idade (OMS, 2005; SBP, 2012a). Em relação à suplementação com outros leites, esta só deve ser feita se for absolutamente necessária (C) (DEMOTT et al., 2006, em BRASIL, 2012g). Oriente sobre os locais de apoio à amamentação, além da UBS, em caso de necessidade.

Recomende que a mãe:

- Ofereça o seio toda vez que o bebê demonstrar sinais de que está pronto para mamar – movimento dos olhos, da cabeça e dos braços, mãos na boca, língua para fora, choro, entre outros.
- Deixe-o mamar pelo tempo que quiser (A).
- Faça a higiene das mãos com água e sabão antes e após as mamadas. Para a higiene das mamas, o banho diário é suficiente.
- Fique relaxada e numa posição confortável.
- Massageie a mama com movimentos circulares pequenos em volta da aréola (massagem em flor).
- Faça a ordenha da aréola, comprimindo a parte mais externa da mesma, para deixá-la macia o suficiente para o bebê abocanhá-la.
- Observe se o bebê abocanha o mamilo e parte da aréola, deixando a borda inferior do lábio virada para fora e o queixo encostado no seu peito (boca de peixinho).
- Perceba se o bebê suga profundamente, faz uma pausa e suga novamente, e procure ouvi-lo deglutir. A mama deve estar arredondada e não repuxada, assim como as bochechas do bebê que não devem ficar encovadas.
- Encoste seu abdome no abdome do bebê (barriga/barriga) e deixe a cabeça dele mais alta que o tórax para evitar refluxo e otites. O corpo e a cabeça dele devem estar alinhados.
- Apoie a parte inferior da mama com a mão aberta para que o peso da mesma não interrompa a saída do leite. Mas atenção: evite a posição dos dedos em tesoura para não comprimir os ductos lactíferos e obstruir a passagem do leite.
- Deixe o bebê esgotar uma mama totalmente para em seguida passar para a outra.
- Inicie a próxima mamada pela última mama ofertada e que não foi esgotada, favorecendo assim o seu completo esvaziamento.
- Para interromper a sucção, coloque o dedo mínimo no canto da boca do bebê, afastando e liberando o mamilo da mesma.
- Deixe o bebê no colo por alguns minutos, na posição de pé, para facilitar a eructação e evitar a broncoaspiração.

- Se as bochechas do bebê ficarem encovadas durante a sucção, a mama ficar repuxada ou doer, procure a UBS ou outros serviços de apoio à amamentação.

TÉCNICA PARA O ARMAZENAMENTO E REUTILIZAÇAO DO LEITE MATERNO

Toda nutriz deve ser orientada sobre como esgotar as mamas pela auto-ordenha. Para isto, é importante prender os cabelos, usar touca, lavar as mãos com água e sabão e preferir a ordenha manual.

Para acondicionar o leite, recomenda-se a utilização de recipiente de vidro, lavado com água e sabão e fervido por 15 minutos. O frasco deve ser fechado com tampa plástica, sem papelão, e identificado com a data da coleta. A conservação do leite pode ser feita em geladeira, congelador ou freezer, desde que o congelamento seja imediatamente após a coleta. Se o leite for descongelado, não deve ser novamente congelado.

O tempo de armazenamento do leite materno recomendado é:

Geladeira - Leite cru até 12 horas sob refrigeração e leite pasteurizado degelado até 24 horas.

Congelador - Leite cru até 15 dias, desde que o congelamento seja imediatamente após a coleta.

Freezer - Leite cru até 15 dias e leite pasteurizado até 6 meses, desde que o congelamento seja imediatamente após a coleta.

Para amamentar o bebê, após a retirada do frasco (com a data de coleta mais antiga) do local onde foi armazenado, o leite deve ser aquecido em banho-maria até uma temperatura aproximada de 36 graus centígrados. O leite que sobrar não deve ser reutilizado.

RESTRIÇÕES AO ALEITAMENTO MATERNO

As únicas situações onde há restrição absoluta ou temporária ao aleitamento materno estão descritas a seguir. Nas situações temporárias, é importante orientar a ordenha frequente para manter a produção de leite até que a mãe possa amamentar o bebê.

Quadro 75 - Restrições ao aleitamento materno
ABSOLUTAS
Mães infectadas pelo HIV, HTLV1 e HTLV2. Crianças com **g**alactosemia, doença do xarope de bordo e fenilcetonúria. Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação: • Agentes antineoplásicos, amantadina, amiodarona, antilipêmicos (exceto resinas),

aspirina em altas doses, bromuro, cloranfenicol, clozapine, dipirona, iodo (uso tópico), indandiona, metamizol, metronidazol, sais de ouro e salicilatos em altas doses.
TEMPORÁRIAS
Varicela: mãe com vesículas 5 dias antes e 2 dias após o parto; aguardar formação de crostas e fazer Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (CRIES) no RN até 96 horas pós-parto. Interromper amamentação mas manter oferta de leite materno (não transmite vírus). **Doença de Chagas:** fase aguda da doença ou sangramento mamilar evidente. **Iodo 131 radioativo**: até dois meses após tratamento com iodo-131 radioativo. **Uso de drogas de abuso:** recomenda-se esgotar o leite e aguardar o tempo recomendado de: - álcool: para cada dose, considerar 1 hora. - 24 horas: maconha, morfina, cocaína, crack e heroína. - 24 a 36 horas: ecstasy e anfetaminas. - 48 horas: barbitúricos e LSD. - Fenciclidina: 1 a 2 semanas. **Em uma das mamas** (restrição apenas na mama afetada, a amamentação na mama sadia deve ser mantida): **- Abscesso mamário:** até drenagem do abscesso e início do antibiótico. **- Infecção herpética:** evitar contato direto com as vesículas na pele da mama.

HIV – Vírus da imunideficiência humana, HTLV – vírus linfotrópico da célula humana, CRIES-Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais, RN – recém-nascido.
Fonte: OMS, 2009; Brasil, 2009c, 2010a, 2012 (b,d, e).

Informações complementares sobre fármacos e amamentação estão no Anexo 7.

Algumas situações que não restringem a amamentação estão expostas no Quadro 76.

Quadro 76 - Situações onde não se recomenda interrupção da amamentação

SITUAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Consumo de cigarros	As lactantes devem ser orientadas à abstinência e quando não possível, a reduzirem o máximo de cigarros e não fumar no mesmo ambiente onde está o bebê. Os benefícios do leite materno para o bebê superam os malefícios da exposição à fumaça de cigarro.
Consumo de álcool	Orientar abstinência e informar que o álcool altera o sabor do leite materno, diminui a produção de leite e afeta o crescimento e desenvolvimento do bebê. Os benefícios do leite materno para o bebê, no entanto, superam os riscos da exposição ao álcool. Consumo de até 0,5g/kg não é incompatível com a amamentação.
Tuberculose	Mães não tratadas ou com tratamento há menos de 15 dias (bacilíferas) devem evitar contato íntimo com a criança e usar máscara/lenço durante a amamentação.
Hanseníase	Mães que receberam a primeira dose de Rifampicina não são mais bacilíferas.
Hepatite B	Se a criança recebeu a 1ª dose da vacina e imunoglobulina humana anti-hepatite B nas primeiras 12 horas de vida.
Hepatite C (HCV)	Na ausência de fissuras nos mamilos.

Fonte: Brasil, 2009c, 2012 (b, d, e, g); SBP, 2012a.

INTERCORRÊNCIAS NA AMAMENTAÇÃO

A prevenção da maioria das intercorrências durante o aleitamento materno baseia-se no uso adequado da técnica, de sutiãs de alça larga, livre demanda das

mamadas, ordenha manual da aréola e manutenção dos mamilos secos, sem uso de cremes ou pomadas.

Quadro 77 – Manejo das intercorrências durante o aleitamento materno	
SITUAÇÃO	**MANEJO**
Pouco leite	Monitorar o ganho de peso do bebê, observar a técnica de amamentação e oferecer orientação e apoio à mãe sobre: alimentação balanceada e ingestão de líquidos em quantidade suficiente (seu excesso pode diminuir a produção de leite), repouso, oferecer as duas mamas e dar tempo para o bebê esvaziá-las, observar diurese e evacuações do bebê.
Ingurgitamento patológico	Massagens suaves em movimentos circulares nas regiões ingurgitadas, livre demanda, compressas frias por no máximo 20 minutos no intervalo das mamadas, uso de analgésicos e anti-inflamatórios, ordenha para esgotar a mama caso o bebê não sugue.
Lesões mamilares	Iniciar pela mama menos afetada, ordenhar a mama para estimular a ejeção do leite, mudar as posições, usar analgésicos se necessário e passar o leite materno nas fissuras.
Mastite	Suporte emocional para a mãe, tratamento precoce com esvaziamento adequado e regular da mama, preferencialmente pelo bebê, repouso, analgésicos ou anti-inflamatórios, antibioticoterapia na presença de sintomas de gravidade. Saída de sangue ou pus com o leite não impede a amamentação, tranquilize a nutriz e os familiares.
Abscesso	Além das condutas descritas acima na mastite infecciosa, deve-se interromper temporariamente a amamentação até a drenagem cirúrgica, com coleta de material para cultura e antibiograma, e o início da antibioticoterapia. Manter a amamentação na mama não afetada.

Fonte: adaptado de BRASIL, 2009c.

3.6.4 ALEITAMENTO ARTIFICIAL

As mães que estão impossibilitadas de amamentar devem ser orientadas sobre o aleitamento artificial em consultas e atendimentos individuais. É importante avaliar o contexto socioeconômico da família e indicar preferencialmente o uso de fórmulas infantis (leites industrializados próprios para lactentes). Estas fórmulas já são acrescidas de ferro, vitamina C e outros nutrientes na sua composição para melhor se adaptar às necessidades da criança de acordo com a idade. Para crianças menores de 6 meses é indicada a fórmula infantil para lactentes (1 semestre) e dos 6 meses a 1 ano de idade, a fórmula de seguimento para lactentes (2 semestre) Como as apresentações no mercado têm diluições diferentes, é importante orientar a família a prestar atenção ao modo de preparo que consta na embalagem da lata. (SBP, 2012a).

Para preparar a fórmula infantil, é importante orientar a mãe a diluir as medidas recomendadas no rótulo em água tratada ou fervida e filtrada, em temperatura morna, no horário próximo à sua utilização. O leite deve ser oferecido em copo ou colher descartável até o 4º mês porque mamadeiras têm maior risco de contaminação e podem

comprometer a dentição e a fala. Após o 4º mês, pode ser utilizado xícara, copo ou caneca. Os cuidados de higiene devem ser rigorosos (item 2.6.2).

A frequência das mamadas segue o princípio da livre demanda até o primeiro ano de vida. A média estimada do volume e da frequência das refeições de leite está descrita a seguir e estas crianças devem receber alimentação complementar a partir dos 6 meses de idade. Quando satisfeita, a criança deixa sobras e estas não devem ser reaproveitadas nas outras refeições.

Quadro 78 - Média estimada do volume e da frequência das refeições de leite		
Idade	**Volume por refeição**	**Número de refeições ao dia**
< 1 mês	60 a 120 mL	6 a 8
De 1 a 2 meses	120 a 150 mL	6 a 8
De 2 a 3 meses	150 a 180 mL	5 a 6
De 3 a 4 meses	180 a 200 mL	4 a 5
> 4 meses	180 a 200 mL	2 a 3

Fonte: Brasil, 2009c.

Orientação para o preparo de fórmulas infantis

- Ferver a água durante 5 minutos e deixar amornar.
- Medir em uma vasilha graduada a quantidade correta de água e após acrescentar as medidas de leite em pó recomendadas na embalagem.
- Misturar bem até a completa dissolução da mistura.
- Não guardar a colher medida do leite dentro da lata.

O leite deve ser preparado em horário próximo de oferecê-lo à criança, sobretudo se não existe refrigerador. Nunca se deve oferecer à criança sobras de leite da refeição anterior.

Crianças em situação de vulnerabilidade social poderão ser incluídas no Programa de Nutrição Infantil para recebimento de fórmulas infantis, desde que haja contraindicação à amamentação pelos critérios da OMS. Para tanto, é necessário acionar a equipe de Ações de Saúde Nutricional dos Distritos de Saúde por meio de encaminhamento do caso, acompanhado de prescrição médica e relatório com indicação da situação social, endereço da família e unidade de saúde de acompanhamento da criança. As crianças indicadas para inclusão no Programa serão visitadas por equipe

multiprofissional para conhecimento das necessidades da família e encaminhamento aos Programas Sociais conforme o caso específico.

O leite de vaca integral fluído ou em pó não é indicado para crianças menores de 1 ano pelo risco de anemia, sensibilização da mucosa intestinal às suas proteínas e pela composição inadequada em relação às necessidades nutricionais do bebê como deficiência de ácido linoleico, vitamina C e ferro.

3.6.5 ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

O aleitamento materno deve ser exclusivo até o 6 mês de vida, ou seja, não deve ser oferecido à criança nenhum outro alimento nesse período, nem mesmo água, chás, sucos, fruta dentre outros. Observe as contraindicações absolutas ao aleitamento materno.

A partir do 6º mês, a criança precisa de complementação e cabe à equipe de saúde proceder às orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, baseando-se nos Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Crianças menores de 2 anos (SBP, 2012a; BRASIL, 2013d).

Quadro 80 - Dez passos para uma alimentação saudável para crianças de 0 a 24 meses

Passo		Orientação à equipe de saúde
1º	**Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.**	Oriente desde o pré-natal o aleitamento materno exclusivo até a época da alimentação complementar, na ausência de contraindicação absoluta.
2º	**A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.**	Avalie o conhecimento prévio da mãe/família/cuidador sobre a alimentação adequada para a criança. Valorize suas concepções e ofereça informações adicionais.
3º	**Após 6 meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes,leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.**	Sugira receitas de papas, orientando as proporções com linguagem clara e objetiva, confirmando o entendimento por meio de exemplos.
4º	**A alimentação complementar deve ser oferecida de acordo com os horários de refeição da família, em intervalos regulares e de forma a respeitar o apetite da criança.**	A visita domiciliar possibilita a orientação de toda a família sobre alimentação saudável.
5º	**A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.**	Atividades em grupo com os recursos da comunidade são estratégias potentes de educação em saúde sobre segurança alimentar e nutricional.
6º	**Oferecer à criança diferentes alimentos ao**	É importante persistir na oferta de novos

	dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.	alimentos porque a criança está aprendendo a reconhecer sabores e texturas. Oriente que cada alimento deve ser oferecido separadamente para a identificação de cores e sabores.
7º	**Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.**	Oriente a utilização preferencial de frutas naturais e amassadas. Construa colaborativamente uma lista de frutas, verduras e legumes consumidos pela família e convide-os a buscar outras opções regionais e típicas da estação.
8º	**Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.**	Dialogue sobre as crenças e mitos familiares em relação ao uso de açúcar e sal. Oriente que mel, melado e açúcar mascavo, rapadura, etc. não devem ser utilizados pelo risco de doenças. Estimule a realização de campanhas comunitárias sobre alimentação saudável.
9º	**Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir o seu armazenamento e conservação adequados.**	Coordene atividades coletivas na UBS sobre: alimentação saudável; cuidados de higiene geral, alimentar e bucal.
10º	**Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.**	Avalie em equipe como está a acessibilidade da criança doente ao serviço de saúde.

Fonte: Minas Gerais, 2008; Brasil, 2009c, 2012b, 2012g, 2013d; Curitiba, 2012a.

O esquema alimentar preconizado para cada faixa etária e de acordo com o aleitamento materno ou artificial está descrito a seguir. Para as crianças que usam fórmulas infantis, a introdução de alimentos não lácteos deverá seguir o mesmo padrão preconizado para aquelas que estão em aleitamento materno exclusivo.

Quadro 81 - Esquema alimentar de crianças de 0 a 24 meses				
EM ALEITAMENTO MATERNO				
	< 6 meses	**Ao completar 6 meses**	**Ao completar 7 meses**	**Ao completar 12 meses**
Manhã	Leite materno exclusivo por livre demanda	Leite materno Papa de fruta	Leite materno Papa de fruta	Leite materno e fruta ou tubérculo ou cereal Fruta
Almoço		Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Tarde		Papa de fruta Leite materno	Papa de fruta Papa salgada	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal Refeição básica da família
Noite		Leite materno	Leite materno	Leite materno

EM USO DE FÓRMULA INFANTIL (< 1 ANO)				
	< 6 meses	**Ao completar 6 meses**	**Ao completar 7 meses**	**Ao completar 12 meses**
Manhã	Fórmula infantil por livre demanda	Fórmula infantil Papa de fruta	Fórmula infantil Papa de fruta	Fórmula infantil e fruta ou tubérculo ou cereal Fruta
Almoço		Papa salgada	Papa salgada	Refeição básica da família
Tarde		Papa de fruta Leite materno	Papa de fruta Papa salgada	Fruta ou pão simples ou tubérculo ou cereal Refeição básica da família
Noite		Fórmula infantil	Fórmula infantil	Fórmula infantil

Fonte: Brasil, 2009c, 2012b, 2012g; SBP, 2012a.

Algumas orientações importantes:

- Para bebês prematuros, considere a idade corrigida para introdução de alimentos sólidos.
- A papa salgada deve conter um representante de cada grupo alimentar e seu preparo deve ser com uso restrito de sal. Os grupos de alimentos que devem compor a refeição são:
    - **Grupo de Carnes** - peixe, boi, frango, aves em geral, ovos e vísceras.
    - **Grupo de Cereais e tubérculos** – arroz, macarrão, farinhas de milho e macaxeira, batata, inhame, cará, macaxeira, batata doce.
    - **Grupo de Hortaliças e legumes** – couve, jambu, repolho, alface, cenoura, jerimum, maxixe, pimentão, quiabo, feijão verde, cebola, beterraba, berinjela, tomate.
    - **Grupo de Leguminosas** – feijões, soja, lentilha, ervilha, grão de bico, feijão de praia.
- A partir dos 8 meses, a criança pode receber alguns alimentos da refeição básica da família, desde que não tenham sido preparados com muito condimento. Legumes, arroz, carne cozida, feijão e tubérculos podem ser oferecidos amassados, desfiados ou cortados em pequenos pedaços.
- Os alimentos mais saudáveis são aqueles na sua forma mais natural.
- Oriente as medidas de higiene no preparo dos alimentos complementares.
- Na ausência de geladeira, oriente o preparo do alimento próximo ao horário da refeição.

- Desaconselhe a oferta de açúcar, guloseimas, doces, frituras, salgadinhos, embutidos, alimentos industrializados com corantes e conservantes, sucos artificiais, edulcorantes, molhos tipo maionese, mostarda e catchup, chá mate, café, refrigerantes e bebidas ou alimentos com álcool para a criança.
- Estimule o aleitamento materno até os 2 anos de idade ou mais.
- Oriente a oferta de água – a alimentação complementar oferece maior quantidade de de proteínas por grama e sais, o que sobrecarrega os rins. Por isto é importante oferecer água potável (BRASIL, 2012b). A quantidade recomendada de líquidos ingeridos no dia é de 800 mL dos 7 aos 12 meses de idade (incluindo leite materno, fórmula e alimentação complementar). De 1 a 3 anos, esta quantidade é de 1300 mL onde 900 mL devem ser de sucos, outras bebidas e água (BRASIL, 2012b).

3.6.6 SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL

O Programa Nacional de Suplementação de Ferro do Ministério da Saúde preconiza a suplementação profilática com ferro elementar para todas as crianças até 24 meses de idade, variando o período de início de acordo com a situação descrita no Quadro 82 (BRASIL, 2013g) (D).

Para RN prematuros, a quantidade do ferro ofertada varia conforme o peso de nascimento. Nos prematuros acima de 1.500 gramas, a partir de 30 dias de vida, recomenda-se 2 mg/kg/dia durante 1 ano, e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano. Naqueles nascidos entre 1.500 gramas e 1.000 gramas de peso, 3 mg/kg/dia durante 1 ano e mais 1 mg/kg/dia entre 1 e 2 anos de idade, e aos RN com peso inferior a 1.000 gramas deve ser ofertado 4 mg/kg/dia durante 1 ano, e 1 mg/kg/dia por mais 1 ano.

Quadro 82 – Suplementação de ferro para crianças		
SITUAÇÃO do RN	**SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO**	
PRÉ-TERMO	**Período**	**Dose (ferro elementar)**
Peso até 1.500 g	1 a 12 meses	2 mg/kg peso/dia
	12 a 24 meses	1 mg/kg peso/dia
Peso entre 1.500 g a 1.000 g	1 a 12 meses	3 mg/kg peso/dia
	12 a 24 meses	1 mg/kg peso/dia
Peso < 1.000 g (SBP, 2012)	1 a 12 meses	4mg/kg peso/dia
	12 a 24 meses	1 mg/kg peso/dia
TERMO		
Peso adequado para idade gestacional e aleitamento materno[1]	A partir do 6º mês (ou após introdução de alimentação complementar) até 24 meses	1 mg/kg peso/dia
Baixo peso até 1500 g	1 a 12 meses	2 mg/kg peso/dia
	12 a 24 meses	1 mg/kg peso/dia

[1] RN a termo, de peso adequado para a idade gestacional e em uso de 500 mL de fórmula infantil, não recomendada a suplementação de ferro de acordo com a SBP (2012).
Fonte: SBP, 2012a, 2012b; Brasil, 2013g.

Caso a suplementação de ferro não tenha sido realizada, recomenda-se a solicitação de hemograma entre o 9º e o 12º mês de vida para avaliação de anemia. Em crianças de 6 a 59 meses, considera-se anemia quando a Hb for inferior a 11 g/dL e o hematócrito menor de 33% (SBP, 2012b). Após investigação clínica e diagnóstico diferencial, os casos de crianças menores de 2 anos com anemia ferropriva devem ser tratados com 3 mg/kg de peso/dia de ferro elementar, não superando a dose diária de 60 mg. A medicação disponível hoje em Manaus é a solução oral contendo 25 mg de ferro elementar por mL.

Se a criança tiver malária, o tratamento da mesma deve preceder a suplementação de ferro.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A

A deficiência de Vitamina A (DVA) é considerada um problema de Saúde Pública que acomete principalmente, crianças em idade pré-escolar, recém-nascidos, mulheres grávidas e nutrizes, considerados como o grupo clássico de risco (BRASIL, 2012e).

Além de ser a causa mais importante de cegueira entre as crianças, também contribui significativamente para o aumento das taxas de morbimortalidade associadas

aos processos infecciosos comuns na infância e na gestação, ainda que como carência subclínica ou marginal (sem sinais clínicos da carência como xeroftalmia).

A DVA, também denominada hipovitaminose A ou carência de vitamina A, xeroftalmia e desordens ou transtornos da deficiência de vitamina A, é caracterizada pela inadequação do estado nutricional desse micronutriente, quando as reservas hepáticas encontram-se abaixo de 20 g/g (0,07 µmol/g). Níveis séricos de retinol < 0,35 µmol/L caracterizam a carência grave, fortemente associada a sinais de xeroftalmia. Retinol sérico < 0,70 µmol/L caracteriza a DVA subclínica (MCLAREN e FRIGG, 1999). Nível de retinol sérico < 1,05 µmol/L, também chamado de baixo a deficiente, é sugerido atualmente como o mais adequado para a identificação da DVA subclínica em pré-escolares, gestantes e puérperas (BISWAS et al., 2000; SOMMER e DAVIDSON, 2002; WEST, 2002). No entanto, segundo a OMS (WHO, 1996), o nível de retinol sérico > 0,70 µmol/L e < 1,05 µmol/L identifica a possibilidade de risco de inadequação do status de vitamina A sérico.

A suplementação periódica com vitamina A é a estratégia mais adotada na prevenção e controle da DVA nos países em desenvolvimento e atualmente recomendada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS, 2001). A recomendação do Ministério da Saúde é de suplementação com doses maciças de vitamina A, por via oral, para a população considerada de risco, como a proveniente da Região Norte do país (BRASIL, 2013e).

Quadro 83 - Suplementação de vitamina A	
Crianças de 6 a 11 meses de idade	1 megadose de 100.000 UI
Crianças de 12 a 59 meses de idade	1 megadose de 200.000 UI a cada 6 meses

Fonte: Brasil, 2013e.

A equipe de saúde deve incentivar o consumo diário de alimentos ricos em vitamina A ou caroteno (provitamina A). A recomendação é que as atividades educativas promovam a participação ativa das mães e/ou responsáveis e orientem a compra, a cocção e o consumo de alimentos ricos em vitamina A. Desta maneira, é possível influenciar o comportamento alimentar de toda a família, levando à sua transformação à medida que essas ações ocorram regularmente e por longo período.

A vitamina A é encontrada em alimentos de origem animal como: leite materno, fígado, gema de ovo, laticínios. A provitamina A é encontrada em vegetais folhosos verdes (coentro, couve, jambu, alfavaca), vegetais amarelos (jerimum, cenoura) e frutas amarelo-alaranjadas (manga, mamão, pupunha, tucumã, buriti, pequiá).

Quadro 84 - Teores de provitamina A nas frutas amazônicas		
Frutas	**Carotenóides (µg/100g)**	**Retinol (equiv.µg/100g)**
Abricó	5130	855
Açaí	900	150
Buriti	4300	717
Mari	3900	650
Patauá	1300	217
Pupunha	3800	633
Tucumã	3500	583

Fonte: Instituto Nacional de Pesquisas da Amazônia – INPA.

SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D

Crianças com fatores de risco para hipovitaminose D beneficiam-se da administração diária de 200 a 400 UI/dia de vitamina D (ALONSO et al., 2002, em BRASIL, 2012g) (D).

Estes fatores são:

- Prematuridade.
- Pele escura.
- Exposição inadequada à luz solar – uso de filtro solar frequente.
- Em aleitamento materno exclusivo de mães com dieta vegetariana restrita.

3.6.7 SAÚDE BUCAL

As principais medidas de promoção da saúde bucal e prevenção de cárie são:

- Início precoce de orientações de saúde bucal aos pais.
- Promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável.
- Restrição do uso de açúcar, doces e guloseimas.
- Desestímulo ao uso de mamadeiras e chupetas.
- Uso de flúor em quantidade e concentração adequada à idade, para evitar fluorose.
- Prevenção da transmissão de cárie por familiares e outras pessoas.
- Higiene bucal adequada e periódica:
  - Antes da erupção dos dentes, fazer a higiene com tecido limpo (fralda ou gaze, por exemplo), macio e umedecido com água potável, limpando suavemente toda mucosa oral no mínimo 1 vez ao dia (A).
  - Na fase de erupção dos incisivos (6 a 18 meses), manter a higiene com tecido limpo e umedecido com água potável 2 vezes ao dia. Também é possível fazer escovação com escovas de cabeça pequena e cerdas macias.

- Na fase de erupção dos molares (18 a 36 meses), recomenda-se a escovação com escovas de cabeça pequena e cerdas macias, no mínimo, 2 vezes ao dia, e uso de fio ou fita dental principalmente se não houver espaço entre os dentes. Pode ser usado creme dental fluoretado em uma única escovação diária, de preferência a noturna, supervisionada pelos pais ou responsáveis, numa quantidade equivalente a 1 grão de arroz, solicitando que a criança cuspa o mesmo (BRASIL, 2012g).

CONDUTA FRENTE ÀS INTERCORRÊNCIAS EM SAÚDE BUCAL

Quadro 85 – Orientações de saúde bucal para crianças de 0 a 24 meses

SITUAÇÃO	ORIENTAÇÃO
Dentes presentes ao nascimento ou com 1 mês de idade	O cirurgião dentista deve avaliar a necessidade de extraí-los, caso estejam causando prejuízo à amamentação e risco de aspiração por estarem presos à gengiva e se desprenderem facilmente.
Erupção tardia dos dentes decíduos	Quando a erupção não ocorre até 12 meses de idade, deve ser avaliado pelo cirurgião dentista para afastar suspeita de anodontia.
Cárie	Presença de manchas brancas e/ou cavidades devem ser avaliadas pela equipe de saúde bucal para tratamento.
Gengivite	Gengivas vermelho-escuras, edemaciadas, lisas e com tendência a sangramentos são sinais de gengivite e devem ser avaliadas pela equipe de saúde bucal.
Trauma dentofacial	Traumas violentos com ou sem avulsão ou fratura de dente(s), devem ser avaliados pelo cirurgião dentista o mais rápido possível. Oriente que nestas situações os responsáveis pela criança coloquem o dente ou seu fragmento em soro fisiológico, saliva do paciente ou leite, à temperatura ambiente, e procurem a UBS com urgência.
Fluorose	Geralmente evidencia-se pela presença de manchas brancas que devem ser avaliadas pela equipe de saúde bucal para diagnóstico diferencial entre excesso de flúor e cárie aguda.

3.6.8 IMUNIZAÇÃO

O calendário rotineiro de imunização para as crianças a termo está descrito a seguir.

Quadro 86 - Rotina de vacinação de crianças de 0 a 4 anos de idade	
IDADE	**VACINAS RECOMENDADAS**
Ao nascer	BCG intradérmico / Hepatite B
2 meses	Pentavalente / Poliomielite Inativada (VIP)/ Vacina Oral Rotavírus Humano / Pneumocócica 10
3 meses	Meningocócica C Conjugada
4 meses	Pentavalente / Poliomielite Inativada (VIP)/ Vacina Oral Rotavírus Humano / Pneumocócica 10
5 meses	Meningocócica C Conjugada
6 meses	Pentavalente / Poliomielite 1, 2, 3 Atenuada (VOP) / Pneumocócica 10
9 meses	Febre Amarela
12 meses	Tríplice Viral (SCR) / Pneumocócica 10 (reforço) / Hepatite A
15 meses	Tríplice bacteriana DTP (1º reforço) / Poliomielite 1, 2, 3 Atenuada (VOP) / Meningocócica C Conjugada (reforço) / Tetraviral (SCRV)
4 anos	Tríplice bacteriana DTP (2º reforço)

Fonte: Portaria GM/MS nº. 1.498, de 19 de julho de 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/gif/svspni_calendario_26092013.gif

POPULAÇÃO INDÍGENA

A população indígena segue as mesmas orientações do calendário rotineiro de imunização, acrescidas de uma dose única de vacina contra Varicela aos 4 anos, um reforço da Poliomielite 1, 2, 3 Atenuada (VOP) aos 4 anos e, quando não completou o esquema com a Pneumocócica 10V, uma dose de Vacina Pneumocócica 23 aos 2 anos (BRASIL, 2013h).

PREMATUROS E/OU BAIXO PESO AO NASCER

Os prematuros são mais suscetíveis a diversas condições como infecções respiratórias, menor reserva energética, desmame precoce, displasia broncopulmonar e internação prolongada. Bebês prematuros e em condições clínicas estáveis (fase de ganho de peso e sem distúrbios ou patologias graves) podem iniciar a imunização na UTIN, respeitando sua idade cronológica.

De acordo com o Ministério da Saúde e a Associação Brasileira de Imunizações, recomenda-se a seguinte rotina para bebês prematuros.

Quadro 87 – Considerações sobre a vacinação de prematuros	
VACINA	**OBSERVAÇÕES**
BCG	RN com peso ≥ 2000 g ou após atingir este peso.
Hepatite B	RN < 33 semanas e peso < 2000 g, fazer 1ª dose monovalente de preferência nas primeiras 12h de vida e completar esquema com mais 3 doses (1, 2 e 6 m).
Palivizumabe	Durante período de circulação do vírus sincicial respiratório.
Pneumocócica conjugada	Iniciar o mais precoce possível (2 meses), respeitando a idade cronológica. Completar com duas doses (4 e 6 meses).
Influenza	Duas doses a partir dos 6 meses, com intervalo de 30 dias entre ambas.
Poliomielite	Em RN na UTIN/UCIN, fazer vacina inativada apenas (VIP).
Rotavírus	Não utilizar a vacina em ambiente hospitalar.
Tríplice bacteriana	Utilizar, de preferência, vacinas acelulares.
Haemophilus influenzae b	Fazer vacina tríplice bacteriana acelular pela segurança e eficácia, além da aplicação simultânea.

Fonte: SBIn, 2013/2014.

O Anexo 10 traz orientações complementares sobre a vacinação de crianças. Crianças portadoras de HIV têm um calendário vacinal diferenciado que será abordado em item específico.

CAMPANHAS DE VACINAÇÃO

As crianças a partir de 6 meses a menores de 5 anos devem receber as doses de vacina oral de poliomielite durante as campanhas de vacinação. Já as crianças entre 6 e 24 meses devem ser vacinadas anualmente contra Influenza sazonal.

3.6.9 PREVENÇÃO DE ACIDENTES

Acidentes são evitáveis e alguns hábitos e atitudes promotoras de um ambiente seguro para crianças de 0 a 24 meses estão descritos a seguir (A).

Quadro 88 – Orientações para prevenção de acidentes com crianças	
SITUAÇÃO	**ORIENTAÇÕES**
Quedas	Utilize cercado com grades altas e espaçamento máximo de 6 cm nos berços (D). Nunca deixe a criança sozinha ou sob cuidados de outra criança.

	Coloque redes de proteção ou grades nas janelas e barreiras de proteção nas escadas. Não deixe bancos, sofás ou escadas móveis próximos às janelas e sacadas. Certifique- se de que o tanque de lavar roupas está bem fixo, para evitar acidentes. Não use andadores.
Queimaduras	Tome cuidado com a temperatura da água do banho, que deve ficar em torno de 37ºC (B). Não manuseie líquidos ou alimentos quentes quando o bebê estiver próximo ou no colo. Evite fumar dentro de casa e com o bebê no colo. Use as bocas de trás do fogão, com os cabos das panelas voltados para o centro. Evite usar micro-ondas para aquecer leite materno ou artificial e alimentos porque a parte interna e superior pode estar mais quente e escaldar a criança. Mantenha a porta da cozinha fechada ou o acesso bloqueado para a criança. Não deixe aquecedores, ferros e fornos elétricos ao alcance.
Choques	Proteja tomadas e fiação elétrica.
Afogamento	Não deixe crianças sozinhas na banheira, mesmo com pouca água, ou perto de baldes com água, tanques cheios, poços, banheiras, pias, privadas, piscinas, lagos, rios e mar. Mantenha portas de banheiros, lavanderia e cozinha fechadas.
Sufocação	Use roupas macias e confortáveis, sem cordões no pescoço do bebê. Deite o bebê num colchão firme, deixando-o de barriga para cima. Ajuste o lençol do berço, evitando que seu rosto seja encoberto por lençóis, cobertores, roupas, brinquedos, almofadas e travesseiros. Use travesseiros firmes. Se estiver frio, prefira colocar mais roupas no bebê para agasalhá-lo do que usar mais cobertas. Ao cobrir o bebê, deixe a coberta/lençol do peito para baixo, os braços por cima das mesmas, e as pontas das cobertas presas sob o colchão. Evite que o bebê compartilhe a cama com crianças e adultos. Utilize brinquedos grandes e inquebráveis, sem peças que se encaixam ou soltam. Afaste sacos plásticos, cordões, cordas, fios.
Intoxicação	Use apenas medicamentos prescritos pela equipe de saúde. Mantenha produtos de limpeza, medicamentos e outros produtos potencialmente tóxicos em locais altos e fechados, fora do alcance das crianças.
Animais	Não deixe que animais fiquem próximos à criança e nunca deixe-a sozinha com um animal, mesmo que doméstico.
Transporte em veículos no trânsito automotivo	0 a 12 meses – usar o bebê-conforto ou assento infantil conversível (forma de concha, levemente inclinada), voltado para o vidro de trás, com cinto de segurança, de acordo com as orientações do fabricante. 12 a 24 meses – usar cadeira especial no banco de trás, voltada para frente, com cinto de segurança, conforme orientações do fabricante.
Atropelamentos	Segure a criança que já anda pelo pulso e não a deixe brincar em locais com circulação de veículos.
Outros	Não deixe objetos pequenos ou com bordas pontudas e cortantes ao alcance da criança. Proteja os cantos dos móveis.

	Cuidado com objetos que possam cair de cima de móveis ao serem puxados junto com toalhas penduradas.

3.6.10 VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS

As informações deste item basearam-se no Protocolo de atendimento à vítima de VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL e OUTRAS VIOLÊNCIAS na Rede de Saúde Manauara (versão preliminar, 2013).

Crianças vivenciando situações de violência muito frequentemente são usuárias das UBS e a equipe de saúde deve estar atenta a sinais sugestivos como relatos familiares de acidentes freqüentes, em geral inconsistentes com a lesão observada. A visita domiciliar permite uma observação mais adequada para identificar estas situações. Mesmo que os familiares ou cuidadores neguem, o profissional deve ser cuidadoso diante das evidências. É importante observar evidências de maus tratos, abuso físico ou sexual, negligência e abandono.

É importante lembrar que por vezes a mãe também é vítima de violência e frequentemente nega o fato. Entretanto, pode responder afirmativamente a perguntas como: Você ou seu filho já foi agredido em casa por alguém da família? Já sentiu ou sente medo de alguém?

As manifestações clínicas da violência podem ser agudas ou crônicas, físicas, mentais ou sociais..

Frente à suspeita de violência é importante que os profissionais:

- Assumam uma postura que possibilite à vítima sentir-se acolhida e apoiada;
- Estabeleçam vínculo de confiança individual e institucional;
- Avaliem a história da violência, a possibilidade de risco de morte, o nível de motivação para lidarem com a situação, as limitações e possibilidades pessoais;
- Sejam éticos, preservando o sigilo e garantindo a segurança das informações;
- Evitem julgamento e crítica, respeitando o tempo e a decisão da vítima.

As unidades de saúde e os serviços de referência devem estabelecer fluxos internos de atendimento, definindo profissional responsável para cada etapa da atenção. Isso deve incluir entrevista com anamnese, registro da história, exame clínico, exames complementares e planejamento da conduta para cada caso. Os fluxos devem considerar condições especiais, como diferenciar casos crônicos e agudos, intervenções de emergência ou internação hospitalar.

A violência é considerada um agravo de notificação compulsória e a partir de 2009, sua notificação passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificações (Sinan Net). Conforme preconiza a Portaria Nº 104/2011, o preenchimento da ficha de notificação/ investigação individual da violência doméstica, sexual e/ou outras

violências é compulsória e obrigatória a todos os profissionais de saúde, bem como os responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde e de ensino.

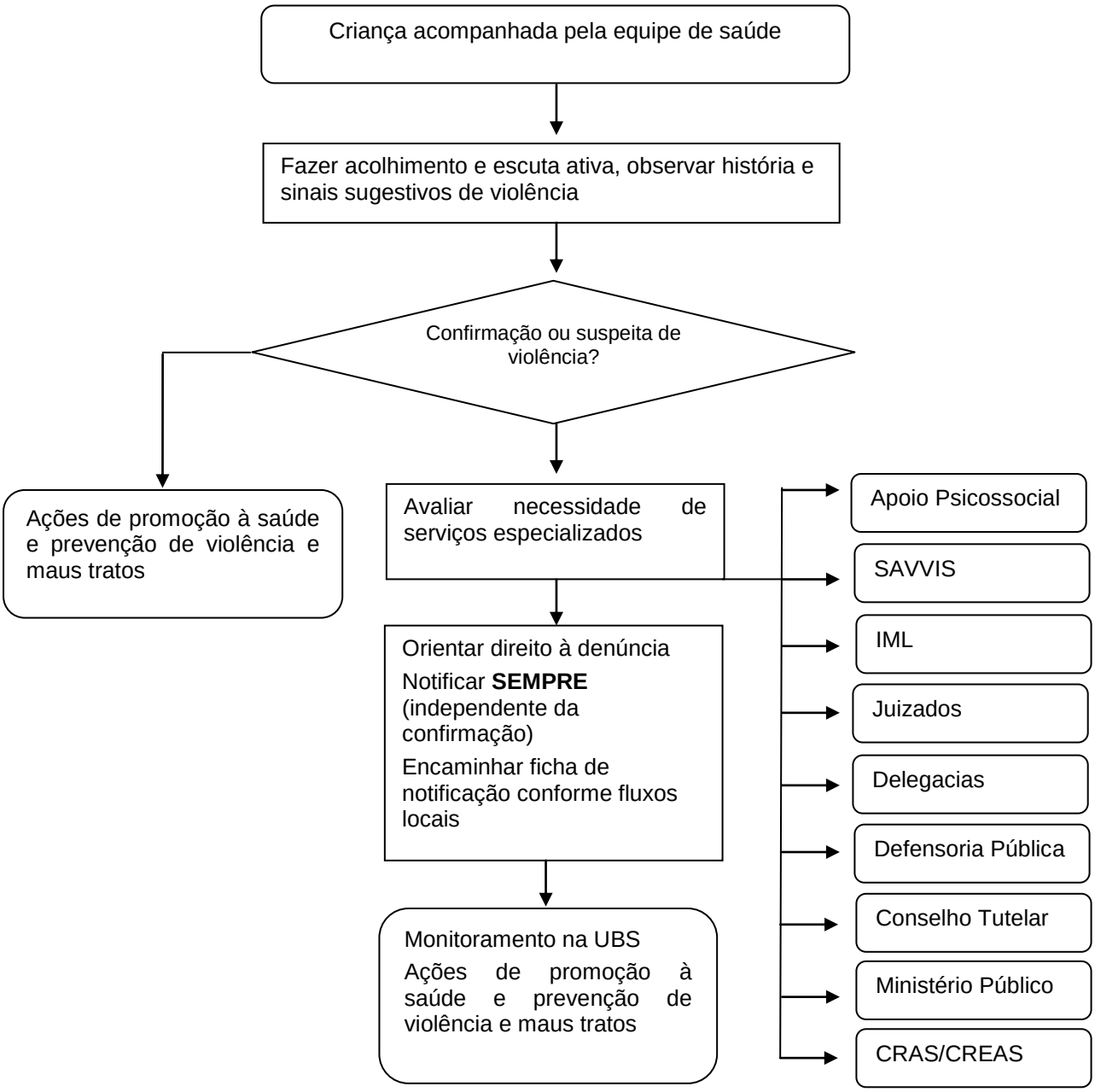
No caso de violência contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde é, por lei, obrigado a encaminhar notificação ao Conselho Tutelar, mesmo quando se tratar de uma suspeita.

A ficha pode ser preenchida mesmo sem autorização de familiar ou responsável legal e não há a necessidade de identificação do profissional que preencheu a ficha de notificação.

Além da notificação, todas as informações devem ser cuidadosamente registradas no prontuário, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este prontuário poderá ser fonte oficial de informações. É importante registrar data/hora dos atendimentos; história clínica e exame físico completo; descrição do relato do paciente/familiar/cuidador, bem como das orientações fornecidas pelo profissional; e identificação no prontuário de todos os profissionais que atenderam a vítima.

As diferentes atividades desenvolvidas pelas equipes de saúde podem englobar ações de prevenção de violência e maus tratos. Nas atividades de educação em saúde e de grupo operativo, temas como a importância do cuidado e do autocuidado, o fortalecimento da auto-estima, autoridade sem autoritarismo ou agressão, como lidar com emoções positivas ou negativas frente a diferentes comportamentos da criança, limites, parentalidade etc são recomendados.

FLUXOGRAMA 4 - ATENÇÃO À CRIANÇA EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA – REDE AMBULATORIAL

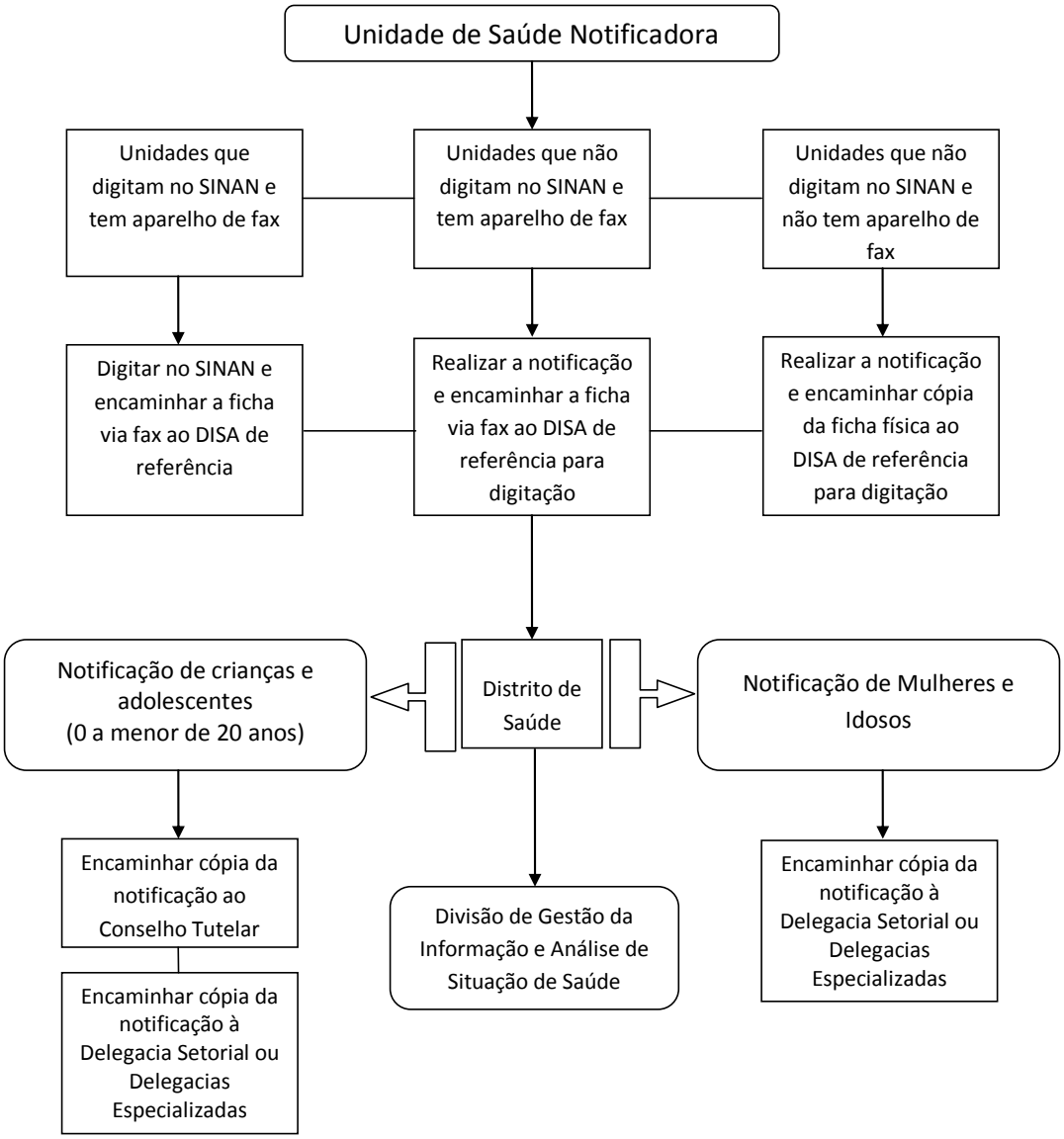

Criança acompanhada pela equipe de saúde
Fazer acolhimento e escuta ativa, observar história e sinais sugestivos de violência
Confirmação ou suspeita de violência?
Ações de promoção à saúde e prevenção de violência e maus tratos
Avaliar necessidade de serviços especializados
Orientar direito à denúncia
Notificar **SEMPRE** (independente da confirmação)
Encaminhar ficha de notificação conforme fluxos locais
Monitoramento na UBS
Ações de promoção à saúde e prevenção de violência e maus tratos
Apoio Psicossocial
SAVVIS
IML
Juizados
Delegacias
Defensoria Pública
Conselho Tutelar
Ministério Público
CRAS/CREAS

Em situação de violência contra crianças e adolescentes, o profissional de saúde é obrigado por lei a encaminhar notificação ao Conselho Tutelar, mesmo quando se tratar de uma suspeita.

CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social SAVVIS - Serviços de Referência de Violência Sexual

Fonte: Protocolo de atendimento à vítima de VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL e OUTRAS VIOLÊNCIAS na Rede de Saúde Manauara, 2013 (versão preliminar).

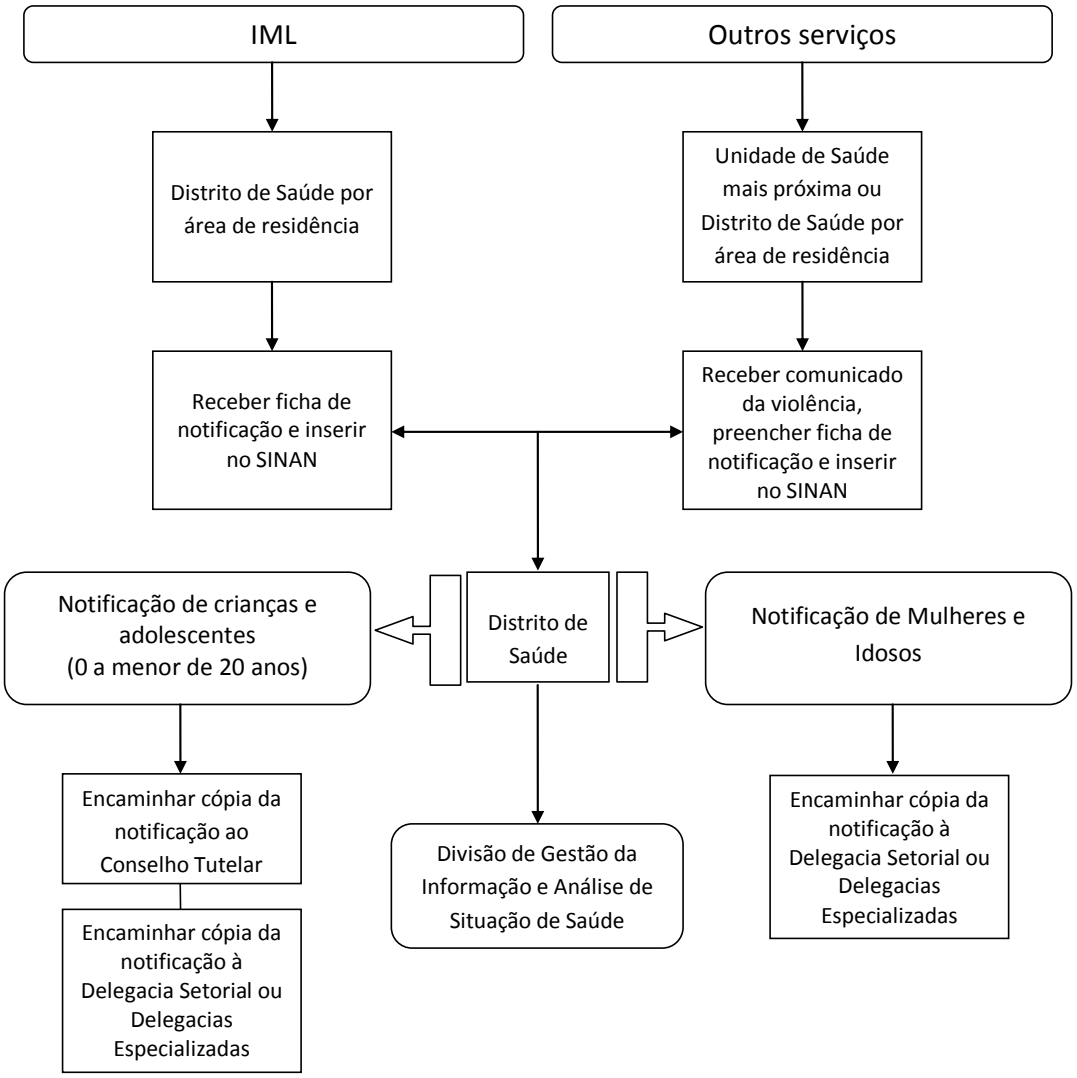
FLUXOGRAMA 5 - NOTIFICAÇÃO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS – UNIDADE DE SAÚDE NOTIFICADORA


Unidade de Saúde Notificadora
Unidades que digitam no SINAN e tem aparelho de fax
Unidades que não digitam no SINAN e tem aparelho de fax
Unidades que não digitam no SINAN e não tem aparelho de fax
Digitar no SINAN e encaminhar a ficha via fax ao DISA de referência
Realizar a notificação e encaminhar a ficha via fax ao DISA de referência para digitação
Realizar a notificação e encaminhar cópia da ficha física ao DISA de referência para digitação
Notificação de crianças e adolescentes (0 a menor de 20 anos)
Distrito de Saúde
Notificação de Mulheres e Idosos
Encaminhar cópia da notificação ao Conselho Tutelar
Encaminhar cópia da notificação à Delegacia Setorial ou Delegacias Especializadas
Divisão de Gestão da Informação e Análise de Situação de Saúde
Encaminhar cópia da notificação à Delegacia Setorial ou Delegacias Especializadas

- Deve sempre se resguardar uma cópia da Ficha na unidade notificadora e outra cópia no distrito de saúde, além das vias encaminhadas;
- Nos casos de urgência, as unidades notificadoras podem encaminhar as fichas diretamente aos conselhos tutelares e/ou delegacias especializadas;
- A responsabilidade epidemiológica é do Distrito de Saúde conforme área de residência do notificado;
- No caso de residente em outro município, a Divisão de Gestão da Informação recebe a notificação e encaminha ao município de residência da vítima.

Fonte: Protocolo de atendimento à vítima de VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL e OUTRAS VIOLÊNCIAS na Rede de Saúde Manauara, 2013 (versão preliminar).

FLUXOGRAMA 6 - NOTIFICAÇÃO EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS VIOLÊNCIAS – OUTROS SERVIÇOS


IML
Outros serviços
Distrito de Saúde por área de residência
Unidade de Saúde mais próxima ou Distrito de Saúde por área de residência
Receber ficha de notificação e inserir no SINAN
Receber comunicado da violência, preencher ficha de notificação e inserir no SINAN
Notificação de crianças e adolescentes (0 a menor de 20 anos)
Distrito de Saúde
Notificação de Mulheres e Idosos
Encaminhar cópia da notificação ao Conselho Tutelar
Encaminhar cópia da notificação à Delegacia Setorial ou Delegacias Especializadas
Divisão de Gestão da Informação e Análise de Situação de Saúde
Encaminhar cópia da notificação à Delegacia Setorial ou Delegacias Especializadas

- Deve sempre se resguardar uma cópia da Ficha na unidade notificadora e outra cópia no distrito de saúde, além das vias encaminhadas;
- A responsabilidade epidemiológica é do Distrito de Saúde conforme área de residência do notificado;
- No caso de residente em outro município, a Divisão de Gestão da Informação recebe a notificação e encaminha ao município de residência da vítima.

Fonte: Protocolo de atendimento à vítima de VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL e OUTRAS VIOLÊNCIAS na Rede de Saúde Manauara, 2013 (versão preliminar).

3.7 DOENÇAS DE TRANSMISSÃO VERTICAL

3.7.1 HIV/AIDS

Na criança, a transmissão vertical é a principal causa de infecção pelo HIV. O uso de TARV durante a gestação diminui significativamente o risco de infecção dos RN mas o diagnóstico definitivo só é realizado com o seguimento da criança. Por isto, todas as crianças que foram submetidas à exposição ao HIV durante a gestação são classificadas de alto risco e devem ser acompanhadas em serviços de atenção especializada.

Cabe à UBS, no entanto, compartilhar o cuidado destas crianças e de seus familiares.

PLANO DE CUIDADO

Além das recomendações de acompanhamento das crianças de 0 a 24 meses na UBS, cabe às equipes da APS:

- Realizar a visita domiciliar precoce ao RN e agendar a primeira consulta médica na UBS até no máximo o 7º dia de vida.
- Verificar as condutas e prescrições realizadas na maternidade, descritas no resumo de alta.
- Agendar consulta médica do RN no Serviço de Referência/ASS o mais precoce possível, até no máximo o 30º dia de vida.
- Monitorar o comparecimento da mãe/pai/familiar/responsável com a criança nas consultas recomendadas pelo Serviço de Referência/ASS.
- Observar sintomatologia de infecção pelo HIV:
  - Febre persistente por mais de 1 mês.
  - Déficit de desenvolvimento poderoestatural e neuropsicomotor.
  - Quadros persistentes ou recorrentes de candidíase oral, estomatite; infecções bacterianas; diarreia; herpes zoster e outros.
  - Linfonodomegalia generalizada.
  - Hepatomegalia, esplenomegalia.
  - Alterações hematológicas como anemia, neutropenia e trombocitopenia.
- Orientar que a mãe não amamente seu filho e que o alimente com a fórmula infantil adequada até os 6 meses de vida.
- Orientar a introdução de alimentação complementar a partir do 6º mês de vida (item 3.6.3).
- Monitorar o ganho de peso atentamente.

- Observar o calendário vacinal de acordo com as orientações do MS (BRASIL, 2007, 2009d, 2013c):
  - Confirmar se foi realizada BCG-ID e vacina contra hepatite B na maternidade.
  - Se não foi realizada BCG-ID, vacinar apenas as crianças assintomáticas e sem sinais de imunodeficiência. Não é indicado revacinar de rotina.
  - Se não foi realizada a vacina contra hepatite B, iniciar o esquema vacinal o quanto antes. Se a mãe for HBsAg positivo, administrar IGHB. Se o diagnóstico de infecção pelo HIV for comprovado, fazer uma quarta dose 6 a 12 meses após a terceira, com o dobro da dose de rotina. Um mês após completar o esquema, solicitar sorologia para verificar soroconversão vacinal.
  - Em relação à vacinação contra poliomielite, deve-se preferir a vacina inativada poliomielite (VIP) para evitar infecção da mãe (e do pai, se este tiver HIV) pelo vírus da vacina oral. Em crianças com imunodepressão, a VOP não é indicada.
  - A vacina oral contra rotavírus humano pode ser feita em crianças assintomáticas e sem evidência de imunossupressão, sendo a 1ª dose entre 6 e 14 semanas e a 2ª entre 14 e 24 semanas. Após este período, não deve ser realizada.
  - A vacina contra febre amarela pode ser aplicada de acordo com critérios clínicos e epidemiológicos, considerando a relação custo/benefício, uma vez que sua eficácia e segurança não estão estabelecidas. Considerar para crianças assintomáticas e sem imunossupressão, nas regiões de alta endemicidade.
  - A tríplice viral é recomendada para crianças sem imunossupressão grave e o intervalo entre as doses deve ser menor.
  - O calendário vacinal recomendado para crianças expostas à transmissão vertical, com suspeita clínica ou diagnóstico definitivo de infecção pelo HIV está descrito a seguir (D) (BRASIL, 2007, 2009d e 2013c). Crianças com 18 meses de idade que mantêm sorologia negativa para HIV devem seguir o esquema básico vacinal recomendado.

Quadro 89 - Calendário de vacinação para crianças expostas e/ou infectadas pelo HIV

IDADE	VACINAS RECOMENDADAS
Ao nascer	BCG intradérmico / Hepatite B

1 mês	Hepatite B
2 meses	DPT/Hib / Poliomielite Inativada (VIP)/ Vacina Oral Rotavírus Humano / Pneumocócica 10
3 meses	Meningocócica C Conjugada
4 meses	DPT/Hib / Poliomielite Inativada (VIP)/ Vacina Oral Rotavírus Humano / Pneumocócica 10
5 meses	Meningocócica C Conjugada
6 meses	DPT/Hib / Hepatite B / Pneumocócica 10 / Influenza
7 meses	Influenza
12 meses	Hib / Hepatite B / Pneumocócica 10 (reforço) / Hepatite A / Meningocócica C / Tríplice viral / Varicela
15 meses	DTP (1º reforço) / Poliomielite Inativada (VIP) / Varicela
18 meses[1]	Tríplice Viral (SCR) / Hepatite A
24 meses	Pneumocócica 23
4 anos	DTP (2º reforço) / VIP

[1] se mantiver exames sorológicos negativos para HIV, seguir esquema básico vacinal.
Fonte: BRASIL, 2009d, 2013c, SBIm, 2013/2014; Portaria GM/MS nº. 1.498, de 19 de julho de 2013. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/gif/svspni_calendario_26092013.gif

- Apoiar/orientar o tratamento preconizado pelos serviços de ASS:
  - Quimioprofilaxia - independente das gestantes terem feito TARV, todos os RN expostos ao HIV devem receber zidovudina (AZT) na dose de 2 mg/kg/dose, VO, de 6/6h durante 6 semanas de vida (42 dias). Para RN com idade gestacional ao nascer entre 30 e 35 semanas, recomenda-se a mesma dose de AZT, VO, de 12/12h durante 2 semanas e de 8/8h por mais 4 semanas. Para RN com menos de 30 semanas, a dose é de 2 mg/kg/dose, VO, de 12/12h durante 4 semanas e de 8/8h durante 2 semanas. Monitorar hematotoxicidade com hemograma após este período (HAVENS e MOFENSON, 2009; BRASIL, 2013c, 2013c).
  - Profilaxia de pneumonia por *Pneumocystis jiroveci* – Sulfametoxazol (SMX)-Trimetoprima (TMP) 25-40 mg/kg/dia de SMX ou 5-10 mg/kg/dia de TMP, VO 12/12h (750 mg/m^2/dia) três vezes por semana ou em dias alternados, a partir da 4ª-6ª semana até que seja afastada infecção do RN (2ª carga viral negativa com 4 meses de idade) ou até completar 1 ano (BRASIL, 2013c).

- Monitorar a confirmação do diagnóstico de infecção por HIV:
  - **Provável não infecção** - carga viral < limite de detecção em 2 exames, sendo 1 deles após o 4º mês de vida.
  - **Criança infectada -** Resultado positivo em 2 exames de carga viral sendo 1 deles após o 4º mês de vida e/ou resultado positivo em 2 sorologias (anti-HIV).

- Orientar o seguimento na APS e no serviço de Referência/ASS de acordo com o diagnóstico:
  - Com confirmação diagnóstica - fazer seguimento mensal no serviço de Referência/ASS.
  - Com provável não infecção – acompanhar mensalmente na APS e aos 8, 12 e 18 meses na ASS. Mesmo sendo descartada infecção após 18 meses, permanecer em acompanhamento anual na ASS para monitoramento de possíveis efeitos da quimioprofilaxia.
- Monitorar a realização e resultados de exames feitos nos centros de referência/ASS como hemograma,carga viral, provas de função hepática, glicemia, sorologia anti-HIV, entre outros.
- Preservar o sigilo.
- Fazer a notificação dos casos.

3.7.2. HEPATITE B

No Brasil, a infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) ainda é um problema de saúde pública e a maioria das regiões do país é considerada de endemicidade baixa (1% a 2%) ou intermediária (2% a 8%), exceto a Amazônia ocidental (>8%). O risco de transmissão vertical do VHB na presença de replicação viral varia de 70 a 90%, enquanto em gestantes com HBeAg não reagente e/ou carga viral baixa, a transmissão vertical ocorre entre 10 a 40% dos casos. A carga viral materna é o principal fator associado ao fracasso da profilaxia do recém-nascido (FUJISAWA, 2000; MARX, 2002).

Desde 1998, a vacina contra hepatite B foi incorporada ao calendário vacinal de RN como política nacional, tendo sido ampliada para crianças e adolescentes a partir de 2001. As medidas profiláticas realizadas nos RN expostos ao VHB ainda nas primeiras 12 horas de vida reduzem significativamente o risco de cronificação da infecção.

O uso isolado da vacina contra o VHB no período perinatal previne 70% a 85% dos casos de transmissão vertical, dependendo da frequência do marcador HBeAg na população, enquanto o uso combinado de imunoglobulina hiperimune para hepatite B

(IGHB) e vacina confere eficácia protetora de 85% a 95%, mesmo quando a mãe é portadora de HBeAg e não possui anticorpos anti-HBe (BRASIL, 2013c).

A maioria das crianças infectadas são assintomáticas e apresentam provas de função hepática normais por anos. As repercussões clínicas ocorrem geralmente na idade adulta (ZACHARAKIS, 2007).

PLANO DE CUIDADO

Frente a uma criança exposta ao VHB durante a gestação, a equipe de saúde deve:

- Observar os registros de alta da maternidade sobre a realização do esquema profilático contra VHB - vacinação contra hepatite B e uso de IGHB nas primeiras 12 horas de vida.
- Se o RN não foi submetido ao esquema profilático na maternidade ou não há informação que assegure este fato, proceder ao mesmo precocemente.
  - A IGHB (0,5mL IM) deve ser feita preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida ou até 7 dias de vida (OMS).
  - A vacina para hepatite B (0,5mL IM) deve ser realizada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, em local diferente da administração da IGHB. Iniciar preferencialmente até 7 dias de vida e repetir com 1 mês e 6 meses de idade (OMS).
  - Para os RN pré-termo, com peso ao nascer inferior a 2.000g, recomenda-se uma dose de vacina e IGHB até 12 horas de vida e início da série de três doses com 1 mês de idade. Não se deve postergar a vacina até que o RN atinja 2.000g de peso. O esquema vacinal destes RN inclui quatro doses no total (ao nascer, com 1 mês, entre 2 e 3 meses e entre 6 e 7 meses pós-natais) (SAARI, 2003).
- Monitorar a soroconversão vacinal dos RN, por meio da quantificação de anticorpos anti-HBs, antes dos 18 meses de idade e/ou após a série de 3 doses de vacina, para definir a necessidade de revacinação. Títulos inferiores a 10 UI de anti-HBs são considerados não protetores. Cerca de 5% a 10% dos indivíduos não desenvolvem conversão com níveis protetores de anticorpos mas após 3 doses adicionais, 50% a 85% dos inicialmente não reatores tornam-se reatores.
- Monitorar o HBsAg dos RN cujas mães são portadoras do HBsAg e/ou HBeAg. Se HBsAg positivo, o RN foi infectado pelo VHB durante o período intrauterino e necessita ser acompanhado em serviços de referência/ASS (SHEPARD e col., 2006).

- Monitorar manifestações clínicas da infecção por VHB uma vez que a chance de desenvolver infecção crônica é elevada.
- Apoiar a amamentação exclusiva até 6 meses de vida (na inexistência de contraindicações absolutas como mãe com coinfecção pelo HIV) e mista até 2 anos. Após a imunização do RN, mesmo com a presença de VHB no leite materno, não há risco (DE OLIVEIRA e col., 2009).
- Monitorar o acompanhamento materno nos serviços de referência.
- Fazer a notificação dos casos.

3.7.3. SÍFILIS

A sífilis congênita decorre da transmissão vertical do *Treponema pallidum* da gestante portadora de infecção ativa em qualquer estágio, não tratada ou inadequadamente tratada, para o seu concepto, por via transplacentária. Por ser facilmente diagnosticada, prevenida e tratada intraútero, caracteriza a qualidade da atenção à saúde materno-infantil.

Cerca de 90% dos casos no mundo ocorrem em países em desenvolvimento, e no Brasil, estima-se que cerca de 50 mil parturientes estavam infectadas em 2005 e 12 mil Nascidos Vivos com sífilis congênita (BRASIL, 2007, 2013c).

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer momento da gestação, sendo mais comum nos trimestres finais. Em mulheres não tratadas, alcança taxa de transmissão de 70 a 100% nas fases primária e secundária e aproximadamente 30% nas fases latente tardia e terciária. A transmissão direta por contato com lesão genital ou mamária é muito rara. Não há transmissão por leite materno, mas a transmissão pode ocorrer na presença de lesão mamária por sífilis.

As principais consequências da sífilis congênita são prematuridade, aborto espontâneo, natimorto ou morte perinatal (40% dos conceptos infectados de mães não tratadas) e infecção congênita. Esta última é assintomática ou oligossintomática em cerca de 60% das crianças, e os profissionais de saúde devem se basear na história materna e na triagem sorológica na maternidade para determinar o risco do RN.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

As principais manifestações clínicas da sífilis congênita em RN sintomáticos ao nascer, em ordem decrescente de frequência, estão descritas a seguir.

Quadro 90 - Manifestações clínicas da sífilis em recém-nascidos
Hepatoesplenomegalia.
Prematuridade.
Crescimento intrauterino restrito.
Lesões cutaneomucosas como: pênfigo palmoplantar, exantema maculopapular, rinite serossanguinolenta.
Lesões ósseas como periostite, osteíte ou osteocondrite, que se manifestam com dor e pseudoparalisia dos membros.
Adenomegalia generalizada.
Lesões pulmonares (pneumonia alba).
Lesões renais (síndrome nefrótica).
Edema, hidropisia.
Meningoencefalite assintomática.
Anemia.

Fonte: Brasil, 2007, 2013c.

Após o nascimento, as manifestações clínicas são arbitrariamente caracterizadas por precoces (nos 2 primeiros anos de vida) e tardias (após 2 anos de vida). Os quadros precoces são muito semelhantes às manifestações clínicas ao nascer. Um sinal de alerta para a equipe de saúde é a descarga nasal que ocorre 7 a 14 dias após exantema maculopapular, associada à hepatoesplenomegalia e icterícia. Quadros mais severos apresentam-se com septicemia, anemia severa, trombocitopenia, icterícia, hemorragia, meningite, convulsões e pancreatite. Fissuras periorificiais e condilomas planos anogenitais podem ser observadas.

Já os tardios caracterizam-se por lesões ósseas, articulares, dentárias, oculares, neurológicas e se manifestam por prejuízo do desenvolvimento infantil, com surdez e retardo mental. O que se observa ao exame físico é: fronte olímpica; mandíbula curva e arco palatino elevado; tríade de Hutchinson (dentes de Hutchinson, ceratite intersticial e lesão do VIII par craniano); nariz em sela e tíbia em lâmina de sabre.

CASOS SUSPEITOS

Considera-se caso suspeito de sífilis congênita o RN cuja mãe apresentou VDRL reagente na gestação e/ou no parto ou que apresenta sintomatologia sugestiva de sífilis congênita. Independente do tratamento realizado pela mãe, o RN deve ser investigado (BRASIL, 2007 e 2013c).

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

Os achados laboratoriais ocorrem tanto em crianças sintomáticas como em assintomáticas e, por isto, a avaliação complementar do RN com suspeita de sífilis congênita deve incluir:

- VDRL (realizado em sangue periférico do RN e **não** no sangue do cordão umbilical).
- Hemograma.
- Radiografia de ossos longos (metáfises e diáfises de tíbia, fêmur e úmero).
- Líquor cefaloraquidiano – pesquisar VDRL, celularidade e proteinorraquia.

De acordo com o quadro clínico apresentado, indica-se: dosagem de bilirrubinas, enzimas hepáticas, RX de tórax, função renal, fundo de olho etc.

INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES

De maneira geral, os antecedentes e testes sorológicos maternos, aliados à clínica apresentada por RN sintomáticos ou à presença de treponema (lesões, tecidos ou fluidos), confirmam o diagnóstico de sífilis congênita. Já os testes sorológicos e exames complementares realizados em RN assintomáticos, aliados à investigação materna prévia, orientam a conduta (BRASIL, 2007, 2013c).

A interpretação conjunta dos exames sorológicos está descrita a seguir.

Quadro 91 - Resultados sorológicos materno-infantis para sífilis

VDRL		Teste treponêmico[1]	Interpretação
Mãe	RN	Mãe	
-	-	-	• Incubação da infecção na mãe e RN. • Sem infecção.
+	+	-	• Mãe sem sífilis e com VDRL falso positivo transferido ao RN.
+	+	+	• Mãe com sífilis recente ou latente e provável infecção do RN. • Mãe tratada para sífilis na gestação.
+	-	+	• Mãe com sífilis recente e provável infecção do RN. • Mãe tratada para sífilis na gestação.
-	-	+	• Teste treponêmico falso negativo. • Mãe com infecção recente e VDRL falso negativo. • Mãe tratada para sífilis na gestação.

[1]FTA-Abs ou ELISA ou TPHA.
Fonte: adaptado de Brasil, 2007, 2013c.

Quando mais de um exame materno foi realizado no pré-natal, a conversão de títulos de VDRL negativos para positivos ou sua elevação auxiliam na interpretação do

caso, sugerindo infecção. Nos quadros latentes ou tratados, os títulos tendem a permanecer estáveis e menores.

É importante ressaltar que VDRL negativo no RN não exclui sífilis congênita e na presença de sinais sugestivos (clínicos e/ou epidemiológicos), o teste deve ser repetido após 30 dias.

INTERPRETAÇÃO DO TRATAMENTO MATERNO

O tratamento materno pode ser considerado adequado ou inadequado quando:.

a) Adequado

- Terapia penicilínica completa e adequada ao estágio da doença.
- Parceiro sexual tratado concomitantemente.
- Término do tratamento pelo menos 30 dias antes do parto.

b) Inadequado

- Terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta, considerando a fase clínica da
- doença.
- Instituição ou finalização do tratamento há menos de 30 dias do parto.
- Ausência de queda ou elevação dos títulos de VDRL após o tratamento adequado.
- Ausência de tratamento anterior documentado.
- Parceiro sexual não tratado ou inadequadamente tratado ou quando é desconhecida a informação sobre o seu tratamento.

DEFINIÇÃO DE CASOS DE SÍFILIS CONGÊNITA

São considerados casos de sífilis congênita (BRASIL, 2007, 2013c):

- Criança, aborto ou natimorto de mãe com evidência clínica e/ou sorológica para sífilis sem tratamento ou com tratamento inadequado.
- Evidência microbiológica de infecção do *Treponema pallidum* em placenta ou cordão umbilical, em necropsia de criança ou em produto de aborto ou natimorto.
- Criança com menos de 13 anos e:
  - Evidência sorológica para sífilis, com VDRL ascendente e/ou maior que os da mãe e/ou reagente após 6 meses de idade (exceto quando seguimento terapêutico) e/ou testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade.
  - Sorologia não-treponêmica reagente, associado à evidência clínica, liquórica ou radiológica sugestiva de sífilis congênita.

MANEJO

As recomendações a seguir baseiam-se nas orientações de manejo de crianças com sífilis congênita suspeita ou confirmada segundo o Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis (BRASIL, 2007) e a Atenção à Saúde do Recém-Nascido (BRASIL, 2013c).

a) Na maternidade

- A investigação clínica e laboratorial complementar é obrigatória para todos os RN expostos (independente do tratamento materno).
- A notificação e a investigação de todos os casos detectados, incluindo os natimortos e os abortos por sífilis, são obrigatórias em todo o território nacional.

b) Na maternidade e/ou hospital e/ou serviços de referência/ASS

Em casos de infecção provável, o regime terapêutico preferencial é o uso de penicilina G cristalina. A penicilina G procaína pode ser uma alternativa nos casos em que não houver alteração de líquor. A penicilina G benzatina pode ser utilizada nos casos de infecção pouco provável (BRASIL, 2007, 2013c).

Quadro 92 - Regime terapêutico para tratamento de sífilis congênita

Fármaco	Idade do RN/Posologia	
	< 28 dias de vida	> 28 dias
Penicilina G Cristalina	50.000 UI/kg/dose, IV, 12/12h, 7 dias, 8/8h mais 10 dias.	50.000 UI/kg/dose, IV, 4/4h, 10 dias.
Penicilina G Procaína	50.000 UI/kg, IM, dose única diária, 10 dias.	50.000 UI/kg, IM, 12/12h, 10 dias.
Penicilina G Benzatina	50.000 UI/kg, IM, dose única.	50.000 UI/kg, IM, dose única.

A indicação do regime terapêutico depende do tratamento materno adequado ou não, dos resultados do VDRL do RN em comparação aos maternos e à presença de sintomatologia e/ou alterações liquóricas.

Quadro 93 - Regime terapéutico de sífilis congênita de acordo com tratamento materno e exames complementares			
	Penicilina G Benzatina,	**Penicilina G Procaína**	**Penicilina G Cristalina**
• Sem alteração clínica/radiológica/ hematológica/ liquórica • Tratamento inadequado/não realizado da mãe e VDRL RN – • Tratamento adequado da mãe e VDRL RN – mas impossibilidade de seguimento			
• Com alteração clínica/radiológica/ hematológica independente do tratamento materno • Tratamento adequado da mãe e VDRL RN + > mãe ou VDRL + ≤ mãe mas impossibilidade de seguimento			
• Com alteração liquórica, independente de tratamento materno e VDRL do RN			

Fonte: Brasil, 2007 e 2013c.

RN sintomáticos adequadamente tratados no período neonatal (até 28 dias de vida) têm remissão da sintomatologia em 3 meses, com declínio dos títulos de VDRL em 3 meses e negativação em 6 meses. No período pós-neonatal, o declínio é mais lento.

c) Na APS

A equipe de saúde deve estar atenta aos RN com exposição à sífilis durante a gestação, assim como aos seus pais/familiares. Para tanto, é recomendado:

- Acompanhar o RN mensalmente na UBS, no primeiro ano de vida.
- Aproveitar a consulta/atendimento do RN para avaliar e orientar a mãe e seu parceiro sobre o tratamento da sífilis e a prática de sexo seguro.
- Esclarecer a mãe/pai e familiares/responsáveis sobre os riscos de não identificação, tratamento e seguimento inadequados de uma criança com sífilis.
- Apoiar e orientar as mães sobre a amamentação uma vez que a sífilis materna não contraindica a mesma.
- Verificar os exames e condutas realizadas no pré-natal e na maternidade para a mãe, o parceiro e o RN.
- Monitorar o surgimento de sinais clínicos compatíveis com sífilis congênita e em caso afirmativo, repetir os exames sorológicos antes do período previsto.
- Monitorar a infecção por meio de:
  - VDRL com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. O seguimento pode ser interrompido quando 2 VDRL consecutivos forem negativos. Se o VDRL aumentar ou não negativar após 18 meses de idade, é preciso reinvestigar e proceder ao tratamento de acordo com o resultado.

  - FTA-Abs IgG com 6, 9, 12 e 18 meses de idade, interrompendo a investigação quando o exame negativar. Exame positivo após 18 meses significa criança infectada e exame negativo significa não infectada, sendo possível dar alta do acompanhamento de sífilis.
- Encaminhar as crianças com sífilis congênita confirmada aos serviços de referência/ASS para acompanhamento multiprofissional e monitorar de forma compartilhada a adesão ao tratamento e às intervenções propostas.
- Encaminhar para acompanhamento hospitalar as crianças com alterações liquóricas, para realização de controle de 3/3 a 6/6 meses até a sua normalização. Alterações persistentes exigem avaliação clínico-laboratorial completa e retratamento.
- Nos casos de crianças tratadas de forma inadequada, na dose e/ou tempo preconizado, deve-se fazer busca ativa da criança e de seus familiares ou responsáveis para reavaliação clínico-laboratorial e reinício de tratamento, obedecendo aos esquemas terapêuticos anteriormente descritos.
- Monitorar todas as crianças tratadas para sífilis até confirmação de cura. Todos os esforços devem ser empregados para garantir o seguimento adequado e a documentação da cura.
- Verificar se o caso foi notificado e preencher a ficha epidemiológica.

3.7.4 TUBERCULOSE

A tuberculose perinatal é uma forma de TB do recém-nascido cuja transmissão ocorre durante a gravidez (congênita), por disseminação hematogênica da TB materna, da TB genital (endometrite e cervicite), por aspiração/ingestão do líquido amniótico infectado ou de secreções genitais e colostro, ou no período neonatal, por meio de contato do RN com coabitantes co TB bacilífera (BRASIL, 2011e).

Sua prevenção é realizada pelo diagnóstico precoce e tratamento oportuno da gestante infectada, diminuindo o risco de transmissão ao feto e ao RN, assim como dos contatos intradomiciliares. No período pós-natal, a quimioprofilaxia primária do RN é uma medida importante de prevenção de TB pós-natal.

QUANDO SUSPEITAR

A TB perinatal pode ser suspeitada em RN cuja mãe teve TB ativa grave durante a gravidez ou esteve em contato com qualquer pessoa da família com TB. O exame histopatológico com cultura para *M. tuberculosis* da placenta deve ser realizado nos RN de mães com TB em atividade no momento do parto.

MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS

O quadro clínico da TB congênita caracteriza-se por prematuridade (50% dos casos), febre, letargia ou irritabilidade, anorexia, vômitos, diarreia sanguinolenta, icterícia, otorreia, dificuldade respiratória, apneia, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, distensão abdominal, ascite, pouco ganho de peso, lesões dermatológicas, convulsões, cianose, anemia e plaquetopenia. A letalidade é superior a de 50%, mesmo com tratamento adequado. Ao RX, aparece o padrão miliar (50% dos casos) e a USG abdominal pode mostrar pequenos focos no fígado e baço, macronódulos e dilatação do trato biliar (BRASIL, 2011e).

PLANO DE CUIDADO

Cabe à equipe de saúde:

- Fazer a captação precoce do RN e verificar avaliações e intervenções realizadas na maternidade.
- Apoiar a amamentação uma vez que não há contraindicação à mesma se a mãe com TB estiver sendo tratada e não apresentar mastite tuberculosa.

  Em relação aos medicamentos utilizados pela nutriz, são considerados seguros para uso na amamentação: rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, estreptomicina, clcloserina/terizidona, Já os medicamento etionamida, ácido paraminossalissílico (PAS), ofloxacina, capreomicina, claritromicina e clofazimida devem ser usados com cautela (Brasil, 2011e).
- Orientar que a mãe bacilífera evite contato próximo com o bebê até que seu escarro se torne negativo. Para isto, indica-se o uso de máscara/lenço na amamentação e no manejo do RN (BRASIL, 2011e).
- Orientar os cuidados de higiene e ambientais, mantendo os locais onde o RN habita, limpos e arejados.
- Aproveitar a consulta/atendimento do RN para avaliar e orientar a mãe e familiares sobre a investigação e tratamento da tuberculose.
- Proceder ao tratamento diretamente observado dos contatos domiciliares com TB e monitorar a evolução dos mesmos.

INFECÇÃO LATENTE DE TUBERCULOSE (ILTB) E QUIMIOPROFILAXIA

a) Prevenção de ILTB e quimioprofilaxia primária

Recomenda-se a prevenção da infecção tuberculosa em RN coabitantes de caso índice bacilífero. Nestes casos, o RN não deverá ser vacinado com BCG ao nascer. A

isoniazida é administrada por três meses e, após esse período, faz-se a Prova Tuberculínica (PT). Se o resultado da PT for ≥ 5mm, a quimioprofilaxia deve ser mantida por mais três a seis meses; caso contrário (PT < 5 mm), interrompe-se o uso da isoniazida e vacina-se com BCG.

b) Tratamento de ILTB e quimioprofilaxia secundária

Recomenda-se o tratamento de ILTB em crianças contatos de casos bacilíferos com PT ≥ 5 mm (não vacinados com BCG ou vacinados há mais de 2 anos ou com qualquer condição imunossupressora) ou PT > 10 mm (vacinados com BCG há menos de 2 anos). Nestes casos, a quimioprofilaxia é feita com isoniazida (5 a 10 mg/kg/dia; dose máxima diária de 300 mg) por, no mínimo, seis meses.

TRATAMENTO DE CRIANÇAS MENORES DE 2 ANOS COM DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE

A equipe da APS é responsável pela instituição e monitoramento do tratamento de TB na criança, que consiste no esquema básico 2RHZ/4RH, associado à piridoxina (0,1 a 0,5 mg/dia para menores de 6 meses e 0,5 a 1,5 mg/dia para maiores de 6 meses) para reduzir os efeitos colaterais da isoniazida (Brasil, 2011e).

Indicação:

- Casos novos de crianças (< 10 anos), de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar (exceto a forma meningoencefálica), infectados ou não pelo HIV.
- Retratamento - recidiva (independentemente do tempo decorrido do 1º episódio) ou retorno após abandono com doença ativa em crianças (< 10 anos), exceto a forma meningoencefálica.

Quadro 94 - Esquema básico para o tratamento da TB em < 2 anos (2RHZ /4RH)

Regime	Medicamento	Posologia	Tempo
Fase intensiva 2 RHZ	R - Rifampicina	10 mg/kg/dia VO DU	2 meses
	H - Isoniazida	10 mg/kg/dia VO DU	
	Z - Pirazinamida	35 mg/kg/dia VO DU	
Fase de manutenção 4 RH	R - Rifampicina	10 mg/kg/dia VO DU	4 meses
	H - Isoniazida	10 mg/kg/dia VO DU	

Fonte: Brasil, 2011e.

Também é responsabilidade da equipe de saúde:

- Dialogar sobre dúvidas, medos e apreensões, fortalecendo a adesão à terapia medicamentosa da criança e familiares com TB.
- Orientar retorno à UBS na presença de efeitos adversos ou dúvidas sobre o tratamento.
- Fazer avaliação mensal da criança, que geralmente melhora da febre (quando presente) em 7 dias. No1º mês de tratamento já se observa ganho de peso e melhora dos sintomas respiratórios.
- O controle do tratamento é clínico e radiológico, sendo recomendado o RX de tórax com 1 mês de tratamento e ao término do mesmo.
- Analisar criteriosamente os fatores de risco para o abandono: crianças menores de 1 ano, com história prévia de abandono e aquelas cujo pai está ausente ou é usuário de drogas ilícitas (OLIVEIRA; DA CUNHA e ALVES, 2006).

NOTIFICAÇÃO

Todos os casos de TB devem ser notificados e adequadamente monitorados.

3.7.5 MALÁRIA

MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Além de evitar expor as crianças aos ambientes externos nos momentos de maior atividade de mosquitos vetores de malária, recomenda-se protegê-las com roupas claras evitando deixar áreas desnudas e uso de mosquiteiros. Em crianças menores de 2 anos de idade, não é recomendado o uso de repelente sem orientação médica. Para crianças entre 2 e 12 anos, usar concentrações até 10% de DEET, no máximo três vezes ao dia, evitando-se o uso prolongado.

NOTIFICAÇÃO

Todos os casos de malária assim como os exames realizados devem ser notificados por meio do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica da malária (SIVEP-malária). Na Amazônia Legal, a realização de Lâmina de Verificação de Cura para controles periódicos durante o tratamento não é obrigatória, no que diz respeito à vigilância epidemiológica (BRASIL, 2010d).

PLANO DE CUIDADO

Recomenda-se o tratamento imediato após o diagnóstico. A malária em crianças menores de 1 ano são potencialmente graves e o tratamento deve ser instituído

precocemente, com monitoramento frequente para identificação de fatores de maior gravidade. Condições que indicam maior gravidade são:

- História de exposição anterior à infecção, pelo maior risco de formas mais graves da doença.
- Presença de comorbidades e imunodepressão.
- Exame de gota espessa com densidade parasitária elevada (> 20 parasitos por campo; 3 ou mais +; > 10.000 parasitos/mm³ de sangue) e/ou sangue periférico com evidência de esquizontes.
- Presença de sinais ou sintomas sugestivos de gravidade da doença – icterícia, sangramentos, anemia intensa, vômitos repetidos, dispneia, hiperpirexia (T > 41ºC), convulsão, hipotensão arterial, icterícia, oligúria (BRASIL, 2010d). A malária grave é uma emergência médica.

O tratamento depende da idade da criança, da gravidade do caso e do agente etiológico e, sempre que possível, a posologia deve ser ajustada ao peso do paciente. A primaquina está contraindicada para crianças até o 6º mês de vida. Os esquemas terapêuticos estão descritos a seguir, de acordo com a Política Nacional de Tratamento da Malária (Brasil, 2010d).

Tratamento da malária por *P. malariae, P. vivax e P. ovale*

Quadro 95 - Tratamento da malária por *P. malariae* na criança até 3 anos e por *P. vivax* ou *P. ovale* em crianças menores de 6 meses com cloroquina

Peso / idade	Cloroquina cp 150 mg			Observações
	1º dia	2º dia	3º dia	
< 6 meses (1 a 4 kg)	1/4 cp	1/4 cp	1/4 cp	Via oral. Dose total de 25 mg/kg, dividida em ½ da dose (1º dia), ¼ da dose (2º dia) e ¼ da dose (3º dia). Tomar preferencialmente junto com a refeição, em dose única diária.
6 a 11 meses (5 a 9 kg)	1/2 cp	1/4 cp	1/4 cp	
1 a 3 anos (10 a 14 kg)	1 cp	1/2 cp	1/2 cp	

Em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade, o tratamento da malária por *P. vivax ou ovale* pode ser de curta ou longa duração. No de curta duração, a dose de primaquina é o dobro (0,5 mg/kg/dia) para reduzir o tempo de tratamento para 7 dias e minimizar a baixa adesão ao mesmo (BRASIL, 2010d).

Quadro 96 - Tratamento da malária por *P. vivax ou ovale* na criança de 6 meses até 3 anos de idade
Esquema curto com cloroquina[1] em 3 dias e primaquina[2] em 7 dias

Dia de tratamento	idade/peso	
	6 a 11 meses (5 a 9 kg)	1 a 3 anos (10 a 14 kg)
1º dia	Cloroquina 1/2 cp	Cloroquina 1 cp
	Primaquina infantil 1cp	Primaquina infantil 2cp
2º dia	Cloroquina 1/4 cp	Cloroquina 1/2 cp
	Primaquina infantil 1cp	Primaquina infantil 1cp
3º dia	Cloroquina 1/4 cp	Cloroquina 1/2 cp
	Primaquina infantil 1cp	Primaquina infantil 1cp
4º ao 7º dia	Primaquina infantil 1/2 cp	Primaquina infantil 1cp
Esquema longo com cloroquina[1] em 3 dias e primaquina[2] em 14 dias		
Dia de tratamento	**idade/peso**	
	6 a 11 meses (5 a 9 kg)	**1 a 3 anos (10 a 14 kg)**
1º dia	Cloroquina 1/2 cp	Cloroquina 1 cp
	Primaquina infantil 1/2 cp	Primaquina infantil 1cp
2º dia	Cloroquina 1/4 cp	Cloroquina 1/2 cp
	Primaquina infantil 1/2 cp	Primaquina infantil 1/2 cp
3º dia	Cloroquina 1/4 cp	Cloroquina 1/2 cp
	Primaquina infantil 1/2 cp	Primaquina infantil 1/2 cp
4º ao 14º dia	Primaquina infantil 1/4 cp	Primaquina infantil 1/2 cp

[1]comprimidos de cloroquina 150 mg. [2] comprimidos de primaquina infantil 5 mg.
Fonte: Brasil, 2010d.

Prevenção de recaída por *P. vivax* ou *ovale*

Na prevenção de recaída, utiliza-se cloroquina semanal num período de 12 semanas. Em alguns casos este prazo pode se prolongar. È preciso certificar-se que a gestante aderiu ao tratamento para iniciar o esquema.profilático na criança. O medicamento é feito por via oral, com dose estimada em 5 mg/kg/semana, ou de acordo com a posologia preconizada no Quadro 97.

Quadro 97 - Prevenção de recaída de malária por *P. vivax ou ovale* em crianças até 3 anos de idade		
Peso / idade	**Cloroquina cp 150 mg**	
< 6 meses (1 a 4 kg)	1/4 cp por semana	**Observações**
6 a 11 meses (5 a 9 kg)	1/4 cp por semana	Via oral. Dose semanal de. Tratar por 12 semanas. Em alguns casos este prazo pode se prolongar.
1 a 3 anos (10 a 14 kg)	1/2 cp por semana	

Fonte: Brasil, 2010d.

Tratamento da malária por *P. falciparum*

O tratamento varia de acordo com a faixa etária uma vez que para menores de 1 mês, a clindamicina é contraindicada. O 98 descreve o tratamento para crianças menores de 6 meses de idade.

Quadro 98 – Tratamento da malária por P. falciparum em crianças até 6 meses de idade		
< 1 mês de idade		
Dia de tratamento	**Quinina**	
1º ao 7º dia	10 mg/kg de 8/8h	
1 a 6 meses de idade		
Dia de tratamento	**Quinina (cp 500 mg)**	**Clindamicina (cp 300 mg)**
1º ao 3º dia	¼ cp 500 mg de manhã e à noite	¼ de manhã e à noite
4º ao 5º dia	-	¼ manhã e noite

Fonte: Brasil, 2010d.

Para crianças entre 6 meses e 3 anos, o tratamento de malária por *P. falciparum* é realizado com primaquina em dose única associada a artemeter e lumefantrina ou artesunato e mefloquina.

Quadro 99 - Tratamento da malária por *P. falciparum* na criança de 6 meses até 3 anos de idade	
Esquema fixo com artemeter+lumefantrina por 3 dias e primaquina em dose única	
Idade entre 6 e 36 meses e/ou peso entre 5 e 14 kg	
1º dia	Primaquina 1/2 cp dose única pela manhã Artemeter + lumefantrina 1 cp pela manhã e à noite
2º e 3º dia	Artemeter + lumefantrina 1 cp de manhã e à noite
Esquema fixo com artesunato+mefloquina infantil por 3 dias e primaquina em dose única	
Idade entre 6 e 11 meses e/ou peso entre 5 e 8 kg	
1º dia	Primaquina 1/2 cp dose única Artesunato + mefloquina infantil 1 cp ao dia
2º e 3º dia	Artesunato + mefloquina infantil 1 cp ao dia
Idade entre 12 e 36 meses e/ou peso entre 9 e 14 kg	
1º dia	Primaquina 1 cp dose única Artesunato + mefloquina infantil 2 cp ao dia
2º e 3º dia	Artesunato + mefloquina infantil 2 cp ao dia

Comprimidos de primaquina 15 mg; artemeter 20 mg e lumefantrina 120 mg; artesunato 25 mg e mefloquina 50 mg (infantil).
Fonte: Brasil, 2010d.

Tratamento de infecções mistas

Nas infecções mistas por P*. falciparum* e *P. vivax ou ovale,* o esquema terapêutico recomendado é com rimaquina durante 7 dias associada a artemeter e lumefantrina ou artesunato e mefloquina (Quadro 100).

Quadro 100 - Tratamento de infecções mistas por P. falciparum e P. vivax ou ovale em crianças entre 6 meses e 3 anos de idade	
Esquema fixo com artemeter+lumefantrina por 3 dias e primaquina por 7 dias	
Idade entre 6 e 11 meses e/ou peso entre 5 e 8 kg	
1º ao 3º dia	Artemeter + lumefantrina 1 cp
4º ao 6º dia	Primaquina infantil 1 cp
7º ao 10º dia	Primaquina infantil 1/2 cp
Idade entre 12 e 36 meses e/ou peso entre 9 e 14 kg	
1º ao 3º dia	Artemeter + lumefantrina 1 cp
4º dia	Primaquina infantil 2 cp
5º ao 6º dia	Primaquina infantil 1 cp
7º ao 10º dia	Primaquina infantil 1/2 cp
Esquema fixo com artesunato+mefloquina infantil por 3 dias e primaquina por 7 dias	
Idade entre 6 e 11 meses e/ou peso entre 5 e 8 kg	
1º ao 3º dia	Artesunato + mefloquina infantil 1 cp
4º ao 6º dia	Primaquina infantil 1 cp
7º ao 10º dia	Primaquina infantil 1/2 cp
Idade entre 12 e 36 meses e/ou peso entre 9 e 14 kg	
1º ao 3º dia	Artesunato + mefloquina infantil 2 cp
4º dia	Primaquina infantil 2 cp
5º ao 6º dia	Primaquina infantil 1 cp
7º ao 10º dia	Primaquina infantil 1/2 cp

Comprimidos de primaquina infantil 5 mg; artemeter 20 mg e lumefantrina 120 mg; artesunato 25 mg e mefloquina 50 mg (infantil).
Fonte: Brasil, 2010d.

Se a infecção for mista por *P. falciparum* e *P. malariae*, o tratamento recomendado é o mesmo que para *P. falciparum*. Os quadros graves de malária devem ser referidos aos serviços de referência e necessitam medicação intravenosa.

3.7.6 TOXOPLASMOSE

Aproximadamente 40% das gestantes com toxoplasmose aguda transmitem a infecção para o feto e o risco aumenta significativamente no último trimestre de gestação. No entanto, é no primeiro trimestre que a gravidade da infecção fetal é maior (BOYER,

2000). Estudos no Brasil têm demonstrado prevalência da infecção congênita de toxoplasmose entre 3 e 20 casos para 10 mil nascidos vivos, taxa esta considerada elevada em comparação àquelas encontradas em outras regiões (ANDRADE, 2006 em BRASIL, 2013c).

QUADRO CLÍNICO

A toxoplasmose congênita é oligossintomática em cerca de 85% dos RN mas a avaliação criteriosa pode evidenciar consequências da infecção como: CIUR, prematuridade, alterações no líquor e sequelas de retinocoroidite.

A tríade clássica da toxoplasmose congênita – hidrocefalia, calcificações cerebrais e retinocoroidite – é incomum. Muitas alterações podem estar presentes no período neonatal ou surgir ao longo dos meses e anos de vida. As alterações mais encontradas são:

- Retinocoroidite.
- Hepatoesplenomegalia.
- Linfadenopatia.
- Icterícia.
- Anemia.
- Anormalidades liquóricas.
- Estrabismo.
- Crises convulsivas
- Erupção cutânea
- Hidrocefalia.
- Calcificações cerebrais.
- Macro ou microcefalia.
- Restrição do crescimento. intrauterino.
- Prematuridade.
- Distermias.
- Sangramentos.

Na toxoplasmose congênita não tratada, as cicatrizes de retinocoroidite e as alterações neurológicas podem acometer 85% e 50% dos RN assintomáticos ao nascimento, respectivamente Em estudos nacionais, as manifestações oftalmológicas são freqüentes ao nascimento, acometendo 80% dos RN (GILBERT e col., 2008).

AVALIAÇÃO COMPLEMENTAR

Além da sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) da mãe e da criança, e do estudo anatomopatológico da placenta, é preciso complementar a avaliação do RN com os seguintes exames.

Quadro 101 – Avaliação complementar da criança com toxoplasmose congênita
Crianças assintomáticas
Hemograma completo Avaliação oftalmológica (fundoscopia ocular) Avaliação neurológica USG transfontanelar
Crianças com toxoplasmose comprovada ou mães com toxoplasmose aguda comprovada ou provável
Tomografia computadorizada de crânio (sem contraste) Análise de líquor (bioquímica e celularidade) Avaliação auditiva – PEATE e BERA Ecocardiograma
Crianças sintomáticas
Provas de função hepática Excluir sífilis, citomegalovírus, rubéola

Fonte: Brasil, 2013c.

DIAGNÓSTICO

- **Durante a gestação**

O quadro a seguir resume a definição de casos de infecção pelo Toxoplasma gondii durante a gestação.

Quadro 102 - Definição de casos de toxoplasmose gestacional	
INTERPRETAÇÃO	**ACHADOS DE EXAMES**
Comprovada	Soroconversão gestacional. Detecção do DNA do Toxoplasma em líquido amniótico por PCR.
Provável	IgG+, IgM+, avidez fraca (colhido em qualquer idade gestacional). Aumento progressivo nos títulos de IgG e IgM. IgM+ e história clínica sugestiva de toxoplasmose aguda gestacional.
Possível	IgG+, IgM+, avidez alta (colhido após 12 semanas de gestação) ou indeterminada. IgG+, IgM+, em amostra única colhida em qualquer idade gestacional, sem realização de índice de avidez .
Improvável	IgG+, IgM+ ou -, avidez alta (colhido antes de 12 semanas de gestação).
Ausente	IgG- e IgM- durante toda a gestação. IgG+ antes da concepção.

	IgM+, sem aparecimento de IgG.

Fonte: Zotti e col., 2004.

- **no RN**

A confirmação de toxoplasmose congênita engloba a presença de sintomatologia na criança, sorologia materna e infantil, resultados de exames de PCR e a exclusão de outros diagnósticos. Anticorpos de classe IgG maternos são transferidos via transplacentária e no momento do parto, os títulos no RN são bastante semelhantes aos maternos, sendo degradados ao longo do 1º ano de vida. Títulos de IgG do RN ≥ 4 vezes os maternos em testes realizados pelo mesmo ensaio e em paralelo com o da mãe podem sugerir infecção congênita, mas são incomuns e ocorrem também em RN não infectados.

Como anticorpos IgM não atravessam a barreira placentária, sua presença no sangue periférico do RN entre 2 e 5 dias de vida indicam infecção congênita. No entanto, 25% dos RN infectados não apresentam níveis detectáveis de IgM. Esta sensibilidade diminui se a infecção foi no início da gestação e se a mãe foi tratada com sulfadiazina e pirimetamina. Ao mesmo tempo, exames falso-positivos podem ocorrer.

Quadro 103 – Diagnóstico de toxoplasmose congênita
Comprovada
Crianças com IgM antitoxoplasma positiva entre 2 dias e 6 meses de idade.
Crianças que, durante o acompanhamento, apresentem persistência de positividade de IgG após 12 meses de vida, independentemente da presença de sinais ou sintomas da doença.
Crianças com sinais e/ou sintomas sugestivos de toxoplasmose congênita, filhas de mães com IgG positiva para toxoplasmose, após exclusão de outras possíveis etiologias (sífilis, citomegalovirose, rubéola).
Crianças cujas mães apresentaram PCR positiva para toxoplasmose no líquido amniótico.
Excluída
Soronegativação de IgG antes de 12 meses de idade, confirmado com novo exame após 60 dias.

Fonte: Remington e col., 2006.

PLANO DE CUIDADO

Os RN com suspeita ou confirmação de toxoplasmose são acompanhados em serviços de atenção secundária. No entanto, a APS realiza as ações de puericultura e compartilha o cuidado além de monitorar os sinais clínicos de toxoplasmose.

a) Casos descartados (RN com IgG e IgM para toxoplasmose negativo)

- Não há necessidade de acompanhamento em centros de referência e a puericultura é realizada rotineiramente na APS.

c) Casos em investigação

- **Crianças assintomáticas de mães com diagnóstico possível ou inconclusivo:**
  - Realizar IgG quantitativo a cada 2 a 3 meses, até negativação.
  - Agendar e monitorar retorno do RN ao centro de referência (Infectologia Pediátrica) aos seis meses de vida.
  - Monitorar o caso até a negativação da sorologia.

- **Crianças com títulos de IgG decrescentes e IgM negativo aos 30 dias de vida e em uso de sulfadiazina, pirimetamina e ácido folínico:**
  - Realizar IgG quantitativo mensal, até suspensão da medicação.
  - Orientar e monitorar retorno para a Infectologia Pediátrica conforme agendamento do serviço.
  - Monitorar o caso até a negativação da sorologia.

d) Casos suspeitos (presença de sintomas da infecção em RN expostos à toxoplasmose gestacional) ou confirmados (exposição à toxoplasmose na gestação, IgM positivo após 1 semana de vida, IgG persistentemente elevado ou em ascensão e presença de *T. gondii* em tecido placentário)

- Verificar resumo de alta da maternidade e resultados da investigação realizada: líquor, USG transfontanelar, sorologia, fundoscopia etc.
- Realizar visita domiciliar mensal.
- Solicitar IgG e IgM para toxoplasmose e hemograma e referir ao Centro de Referência/ASS (bebê de risco / infectologia pediátrica / neurologia), com consulta até no máximo 30 dias de vida.
- Verificar a realização de avaliação auditiva (PEATE), oftalmológica e neurológica e o acompanhamento periódico (trimestral ou semestral até 2 anos de idade), a critério da ASS.
- Monitorar o comparecimento às consultas especializadas, a adesão ao plano terapêutico e eventuais intercorrências.
- Orientar e monitorar o uso da medicação prescrita e dos exames de controle. RN com toxoplasmose congênita confirmada ou filhos de mães com toxoplasmose gestacional comprovada ou provável devem ser tratados durante 12 meses, de acordo com as recomendações a seguir.

Quadro 104 - Fármacos recomedados para o tratamento de toxoplasmose congênita	
Medicamentos	**Esquema terapêutico**
Sulfadiazina	100 mg/kg/dia, VO, 12/12h, por 12 meses.
Pirimetamina	2 mg/kg/dia, VO, 12/12 h por 2 dias e posteriormente 1 mg/kg/dia, VO, dose única diária, por 2 a 6 meses (de acordo com o comprometimento)[1].
	1 mg/kg, VO, dose única, 3 dias por semana, até completar 12 meses de tratamento. Interromper por 15 dias se < 500 neutrófilos/mm^3, dobrar dose de ácido folínico e repetir hemograma.
Ácido Folínico	10 mg, VO, dose única, 3 dias por semana, até 1 semana após o término do tratamento com pirimetamina. Aumentar para 20 mg/dia se < 1000 neutrófilos/mm^3.
Se houver toxicidade devido aos outros fármacos	
Espiramicina	100 mg/kg/dia, VO, 12/12 h.
Na presença de retinocoroidite em atividade e/ou proteinorraquia ≥ 1000 mg/dL	
Prednisolona	Associar 1 mg/kg/dia, VO, 12/12h, por 4 semanas e retirar progressivamente com a estabilização do processo inflamatório.

Fonte: [1]Brasil, 2013c; Curitiba, 2012a.

Os principais efeitos adversos são: neutropenia, anemia, trombocitopenia, hiperbilirrubinemia, reações de hipersensibilidade, intolerância gastrintestinal, cristalúria e erupção cutânea. Por isto é necessário realizar hemograma de controle semanal nos primeiros 6 meses de uso de sulfadiazina/pirimetamina/ácido folínico e depois mensalmente.

SEÇÃO 4 - ORGANIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO

A integração dos distintos pontos de atenção à saúde dos níveis primário, secundário e terciário constitue, com os sistemas de apoio e logísticos, uma rede temática de atenção à saúde.

A APS deve ser a porta de entrada dos usuários do sistema e coordenar toda a rede de atenção. Assim, as competências da APS e as atribuições de seus profissionais devem estar claras, otimizando as ações de promoção à saúde e prevenção de morbidade materno-infantil e de garantia do cuidado integral ao binômio mãe/recém-nascido. Os distintos graus de complexidade apresentados podem exigir cuidados diferenciados em nível da APS e mesmo especializado em outros níveis de atenção.

A organização a partir de estratos de risco é um dos pilares para a operacionalização de uma rede de atenção à saúde de usuários com condições crônicas e respeita um dos mais importantes princípios organizadores do SUS: a equidade. As propostas da SEMSA/Manaus para a estratificação de risco referente à saúde materno-infantil com a finalidade de organização da rede assistencial são apresentadas nas Seções 1 (item 1.4) e 3 (item 3.4.4).

4.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

4.1.1 COMPETÊNCIAS

Independente do nível de complexidade apresentado pela gestante, puérpera ou criança e do nível aonde se dará a atenção compartilhada, a APS deve proporcionar acompanhamento integral desta população na rede, acolhendo e estabelecendo vínculo de forma eficaz e humanizada. Assim, a APS deve ser o centro de comunicação da rede de atenção à saúde, coordenando os fluxos e contrafluxos da população usuária no sistema de saúde (MENDES, 2012).

Quadro 105 - Competências da APS referentes à atenção à saúde materno-infantil de acordo com a estratificação de risco da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus

Estrato de risco	Competências
Todos	• Ações de promoção à saúde. • Ações de planejamento reprodutivo e atenção pré-concepcional para mulheres/casais.

	• Acolhimento de mulheres em suspeição de gestação e captação precoce para o pré-natal. • Acolhimento dos pais para a realização do pré-natal do pai. • Ações da Primeira Semana de Saúde Integral englobando a puérpera e o recém-nascido. • Busca ativa de gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses da área de abrangência que não estejam em acompanhamento na UBS. • Identificação e manejo de fatores de risco materno-infantil (incluindo atividades educativas). • Cadastramento de gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses da área de abrangência. • Realização da primeira consulta médica e de enfermagem para as pessoas usuárias cadastradas. • Avaliação global e estratificação de risco. • Instituição e monitoramento do plano de cuidado por meio de consultas e atendimentos interdisciplinares, visitas domiciliares, grupos operativos, apoio ao autocuidado e ao cuidado da criança. • Diagnóstico precoce de intercorrências e complicações. • Realização do 1º atendimento de urgência e encaminhamento para outro nível de complexidade, quando pertinente, em transporte adequado e com vaga assegurada. • Notificação das doenças de notificação compulsória (Anexo 11). • Registro nos diferentes instrumentos e sistemas de informação.
Baixo e médio risco	• Execução das competências descritas para todos os estratos. • Elaboração e monitoramento da execução do plano de cuidado, realizando as adequações conforme a necessidade. • Elaboração e acompanhamento do plano de autocuidado apoiado, realizando as adequações conforme a necessidade.
Alto e muito alto risco	• Execução das competências descritas para todos os estratos. • Encaminhamento do usuário para atenção compartilhada em nível secundário. • Cooperação na elaboração e acompanhamento do plano de cuidado pela atenção secundária à saúde. • Elaboração e acompanhamento do plano de autocuidado apoiado, de acordo com as recomendações da atenção secundária, realizando as adequações conforme a necessidade.

Fonte: adaptado de Minas Gerais, 2008 e 2013; Curitiba, 2012a, 2012b; Brasil, 2012c, 2012e.

4.1.2 ATRIBUIÇÕES COMUNS À EQUIPE MULTIPROFISSIONAL DA APS

- Mapear, no território de abrangência da equipe, grupos, famílias e pessoas em situação de risco e vulnerabilidade.
- Responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado compartilhado com os outros níveis de atenção à saúde.
- Coordenar o acesso dos usuários da UBS aos diferentes pontos de atenção das redes assistenciais e equipamentos dos serviços públicos municipais, de acordo com as necessidades dos mesmos.
- Garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde.

- Realizar o cuidado em saúde da população adscrita nos diferentes espaços como UBS, domicílio e comunidade (escolas, associações, entre outros).
- Orientar-se pelos “Dez Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica”, preconizados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012e).

Quadro 106 – Dez passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica

Passos	Recomendações
1º	Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
2º	Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3º	Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4º	Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5º	Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6º	É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7º	Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8º	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9º	Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10º	As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Brasil, 2012e.

- Manter uma escuta qualificada, promovendo atendimento humanizado e fortalecendo o vínculo da equipe com os usuários.
- Participar do planejamento das ações de atenção integral, de acordo com a necessidade de saúde da população local e o Plano Municipal de Saúde.
- Avaliar, de forma compartilhada, as ações da equipe, a partir das informações disponíveis sobre a situação de saúde local.
- Articular ações inter e extrassetoriais, construindo parcerias com outros equipamentos públicos e comunitários para a solução dos problemas identificados no território.
- Promover a mobilização e a participação da comunidade para o efetivo controle social.
- Promover e participar das atividades de educação permanente da equipe de saúde.

- Garantir a qualidade do registro das atividades nos diferentes instrumentos de informação – locais e nacionais.

4.1.3 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS

A. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS)

- Desenvolver atividades educativas para a comunidade sobre promoção à saúde e prevenção de condições/intercorrências que afetam a saúde materno-infantil.
- Orientar a população da sua área de abrangência sobre a importância do planejamento reprodutivo e do acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças pela equipe de saúde da UBS.
- Identificar e captar precocemente, durante as visitas domiciliares, as gestantes, puérperas e crianças para as ações da UBS.
- Estimular a participação do pai ou parceiro sexual nas atividades de pré-natal (pré-natal do pai) e de atenção à criança na UBS.
- Orientar e monitorar a participação de gestantes, puérperas e crianças nas atividades e atendimentos/consultas da UBS e em outros níveis de atenção, fazendo busca ativa dos faltosos.
- Apoiar o autocuidado da gestante/puérpera e o cuidado da criança a partir das metas pactuadas pela usuária no seu plano de autocuidado.
- Realizar visita domiciliar precoce às puérperas e aos recém-nascidos com alta hospitalar.
- Observar interação da mãe, pai e familiares com a criança; higiene do ambiente domiciliar e da criança; cuidados com o coto umbilical.
- Verificar se foi realizado: teste do pezinho, perguntar sobre sono, evacuações, choro,
- Promover educação em saúde sobre cuidados básicos de nutrição, higiene e cuidados sanitários, prevenção de acidentes, incentivando o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e misto até os 2 anos de idade.
- Verificar e orientar vacinação da gestante e da criança.
- Observar situações de vulnerabilidade e sinais de alerta para a gestante, puérpera e criança, inclusive de vilência e maus tratos, e informar imediatamente a equipe de saúde da UBS.
- Conferir a Certidão de Nascimento da criança; informações no cartão da gestante e na caderneta da criança.
- Conferir o cadastramento da gestante no SisPreNatal.

- Verificar agendamento de atendimentos subsequewntes na UBS ou em outros pontos de atenção, de acordo com o quadro.
- Realizar e manter registros atualizados das fichas do Caderno de Acompanhamento.

B. AUXILIAR/TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Desenvolver atividades educativas para a comunidade sobre promoção à saúde e prevenção de condições/intercorrências que afetam a saúde materno-infantil.
- Orientar a população da sua área de abrangência sobre a importância do planejamento reprodutivo e do acompanhamento de gestantes, puérperas e crianças pela equipe de saúde da UBS.
- Identificar e captar precocemente, durante as visitas domiciliares, as gestantes, puérperas e crianças para as ações da UBS.
- Estimular a participação do pai ou parceiro sexual nas atividades de pré-natal (pré-natal do pai) e de atenção à criança na UBS.
- Acolher mulheres com suspeição de gravidez e ofertar Teste Rápido de Gravidez (TRG).
- Agendar consulta precoce com o enfermeiro ou médico quando o resultado do TRG for positivo ou se o atraso menstrual for maior de 12 semanas.
- Captar mulheres/casais com suspeição de gravidez e resultado negativo do TRG para planejamento reprodutivo ou atenção pré-concepcional.
- Cadastrar as gestantes no SisPreNatal e no programa de atenção materno-infantil.
- Captar as puérperas e os recém-nascidos para as consultas de pós-parto e para o planejamento reprodutivo.
- Realizar visita domiciliar precoce para os RN que tiveram alta hospitalar.
- Encaminhar a gestante e a criança para avaliação de saúde bucal, de acordo com as orientações da linha-guia.
- Realizar o Teste do Pezinho entre o 3º e o 7º dia de vida para os RN que ainda não o realizaram.
- Avaliar a situação vacinal da gestante e da criança e aplicar as vacinas preconizadas no calendário vacinal.
- Aferir pressão arterial, peso e altura da gestante, puérpera e criança.
- Monitorar as gestantes, puérperas e crianças, fazendo busca ativa daquelas que faltam às consultas/atendimentos programados.

- Apoiar o autocuidado da gestante/puérpera e o cuidado da criança a partir das metas pactuadas pela usuária no seu plano de autocuidado.
- Encaminhar gestantes/mães e seus parceiros para as reuniões de grupo operativo e de apoio ao autocuidado/cuidado da criança da UBS.
- Reconhecer sinais de alerta da gestante, puérpera e criança e encaminhar para avaliação imediata com o enfermeiro ou médico da UBS, Serviços de Pronto-Atendimento ou maternidade
- Agendar os retornos de acordo com a linha-guia e a necessidade de cada caso.
- Informar o enfermeiro ou o médico sobre situações de vulnerabilidade da gestante, puérpera e criança.
- Realizar atividades educativas individuais, coletivas e no domicílio.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês e misto até 2 anos de idade.
- Registrar/conferir as informações no prontuário, cartão da gestante e caderneta da criança, fichas de notificação, sistemas nacionais de informação na Atenção Básica.

C. ENFERMEIRO(A)

- Fazer o acolhimento da gestante, puérpera e criança.
- Inscrever a gestante e a criança nos respectivos programas e cadastrar nos sistemas de informação (SisPreNatal)
- Nos casos de TRG negativo, orientar ações de planejamento reprodutivo e pré-concepção.
- Realizar teste rápido de HIV e sífilis com aconselhamento pré e pós-teste (de acordo com o Ministério da Saúde, profissionais de nível superior estão aptos a realizar estes testes) (BRASIL, 2012e, 2013i).
- Realizar as consultas de enfermagem de planejamento reprodutivo, pré-concepção, pré-natal (da gestante e do parceiro), puerpério e puericultura.
- Realizar os testes rápidos do pré-natal e orientar/encaminhar de acordo com os resultados encontrados.
- Solicitar os exames complementares de rotina do pré-natal (da gestante e do pai) preconizados na linha-guia, avaliar os resultados e priorizar consulta médica, quando necessário.
- Aferir pressão arterial, peso, altura, exame clínico das mamas e coleta para citologia oncótica, conforme linha-guia, e encaminhar os casos alterados para avaliação médica na UBS.

- Estratificar o risco da gestante e da criança durante as consultas de enfermagem.
- Elaborar em conjunto com a equipe e a gestante/puérpera/família o plano de cuidado.
- Prescrever os suplementos nutricionais padronizados no programa - suplementação profilática de ácido fólico, sulfato ferroso e vitamina A.
- Fazer abordagem sindrômica de DST, instituir tratamento de acordo com o protocolo específico e acompanhar a evolução dos casos, de forma compartilhada com o médico.
- Orientar vacinação de acordo com a condição - planejamento reprodutivo ou pré-concepção, gestante e parceiro sexual, calendário vacinal infantil.
- Orientar a equipe de enfermagem/ACS e usuárias/familiares/cuidadores sobre os sinais de alerta da gestação, de trabalho de parto, do puerpério e das crianças.
- Orientar e apoiar o aleitamento materno, alimentação saudável, prática de atividade física, cuidados de higiene, sexo seguro, prevenção de acidentes na infância, etc.
- Capacitar os auxiliares/técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde e supervisioná-los de forma permanente suas atividades.
- Planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar os serviços da assistência de enfermagem.
- Coordenar a equipe de enfermagem e os ACS no monitoramento e cuidado da gestante, puérpera e criança (de acordo com a estratificação de risco), observando a frequência às consultas agendadas na UBS/serviços de referência.
- Compartilhar o cuidado da gestante e criança de alto e muito alto risco com as equipes de saúde dos outros pontos de atenção da rede.
- Referir a gestante, a puérpera ou a criança em situação de risco à consulta médica imediata na UBS, Serviços de Pronto-Atendimento ou maternidade.
- Identificar e referir situações de vulnerabilidade da mulher e da criança, de acordo com o caso - NASF, ambulatório do fumante, serviços de saúde mental, rede de proteção, etc.
- Planejar, executar e avaliar em conjunto com a equipe de saúde multiprofissional, atividades educativas individuais, coletivas e domiciliares, com foco no apoio ao autocuidado da gestante e da puérpera e no cuidado da criança.
- Incentivar e organizar a visita à maternidade pela gestante/parceiro.
- Realizar consulta para a puérpera e o RN até o 7ºdia após o parto.
- Registrar/conferir as informações no prontuário, cartão da gestante (número do SisPreNatal, nome do enfermeiro e médico da UBS, maternidade de vinculação) e

caderneta da criança, fichas de notificação, sistemas nacionais de informação na Atenção Básica. Dar alta no SisPreNatal após o parto.

D. MÉDICO(A)

- Fazer o acolhimento da gestante e seu parceiro, puérpera e criança.
- Nos casos de TRG negativo, orientar ações de planejamento reprodutivo e pré-concepção para a mulher/casal.
- Realizar a confirmação diagnóstica de gestação.
- Realizar as consultas médicas de pré-natal (da gestante e do parceiro), puerpério e puericultura.
- Realizar os testes rápidos do pré-natal e orientar/encaminhar de acordo com os resultados encontrados.
- Solicitar e avaliar os exames complementares de rotina do pré-natal (da gestante e do pai) e outros que se fizerem necessários, e instituir tratamento conforme os resultados.
- Orientar a equipe de enfermagem/ACS e usuárias/familiares/cuidadores sobre os sinais de alerta da gestação, de trabalho de parto, do puerpério e das crianças.
- Agendar os retornos de acordo com a linha-guia e a necessidade de cada caso.
- Estratificar o risco gestacional e da criança a cada consulta e fazer os encaminhamentos necessários a cada situação.
- Realizar avaliação global da gestante, puérpera e criança, incluindo história clínica e obstétrica, exame clínico das mamas, coleta para citologia oncótica, avaliação de crescimento e desenvolvimento entre outros, instituindo plano de cuidado e procedendo aos encaminhamentos necessários.
- Prescrever os suplementos nutricionais padronizados no programa - suplementação profilática de ácido fólico, sulfato ferroso e vitamina A.
- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar à referência específica, as gestantes que apresentarem toxoplasmose, diabetes gestacional, Tb, HIV/Aids, isoimunização Rh entre outras intercorrências, conforme a linha-guia.
- Orientar vacinação de acordo com a condição - planejamento reprodutivo ou pré-concepção, gestante e parceiro sexual, calendário vacinal infantil.
- Estabilizar e transferir a gestante, a puérpera ou a criança em situação de urgência/emergência aos Serviços de Pronto-Atendimento ou maternidade/hospital, em transporte adequado.
- Identificar, referir, instituir plano de cuidado e compartilhar o cuidado de situações de vulnerabilidade da mulher e da criança, de acordo com o caso - NASF,

ambulatório do fumante, serviços de saúde mental, rede de proteção, etc.

- Compartilhar o cuidado da gestante e criança de alto e muito alto risco com as equipes de saúde dos outros pontos de atenção da rede.
- Orientar e apoiar o aleitamento materno, incentivo ao parto normal, alimentação saudável, prática de atividade física, cuidados de higiene, sexo seguro, prevenção de acidentes na infância, etc.
- Planejar, desenvolver e avaliar em conjunto com a equipe de saúde multiprofissional, atividades educativas individuais, coletivas e domiciliares, com foco no apoio ao autocuidado da gestante e da puérpera e no cuidado da criança.
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal e acompanhar o processo de aleitamento.
- Monitorar e orientar a busca ativa de gestantes, puérperas e crianças que não compareceram às ações programadas na APS e ASS.
- Registrar/conferir as informações no prontuário, cartão da gestante e caderneta da criança, fichas de notificação, sistemas nacionais e locais de informação.

E. EQUIPE DE SAÚDE BUCAL

- Fazer o acolhimento da gestante, puérpera e criança.
- Realizar a consulta odontológica da gestante/criança, de acordo com o período gestacional/idade da criança.
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, referindo a outros níveis da rede de saúde bucal, quando necessário.
- Nas gestantes, fazer a adequação do meio bucal e realizar o controle de placa, com continuidade do tratamento após a gestação.
- Desenvolver, em conjunto com a equipe de saúde multiprofissional, atividades educativas individuais, coletivas e domiciliares, com foco no apoio ao autocuidado da gestante e da puérpera e no cuidado da criança.
- Orientar a gestante/puérpera sobre: realização de testes rápidos na gestação, pré-natal do pai, vacinação da gestante e da criança, suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico, aleitamento materno, incentivo ao parto normal, alimentação saudável, prática de atividade física, cuidados de higiene geral e bucal, sexo seguro, prevenção de acidentes na infância, etc.
- Monitorar e orientar a equipe de saúde quanto à busca ativa de gestantes, puérperas e crianças que não comparecerem às ações programadas na APS e ASS.

- Atender as intercorrências/urgências odontológicas, referindo para níveis de referência de maior complexidade, quando necessário.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade para a gestante, puérpera e criança, com enfoque na saúde bucal.
- Realizar visitas domiciliares para gestantes, puérperas e crianças.
- Acompanhar o aleitamento materno e os cuidados com o RN, informando sobre os benefícios para a mãe e o bebê, como o papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança.
- Registrar/conferir as informações no prontuário, cartão da gestante e caderneta da criança, fichas de notificação, sistemas nacionais de informação na Atenção Básica.

F. PROFISSIONAIS DO NASF

- Oferecer apoio técnico aos profissionais da UBS, supervisionando o atendimento da equipe à gestante, puérpera e criança, com prioridade às que apresentarem necessidades específicas da sua área de atuação profissional – nutrição, fisioterapia, psicologia, farmácia clínica, assistência social, educação física.
- Realizar atendimento individualizado para a gestante, puérpera e criança em situações específicas, quando necessário.
- Apoiar as ações de educação em saúde direcionadas ao planejamento reprodutivo, pré-concepção, pré-natal, puerpério e puericultura.
- Participar com a equipe da UBS das atividades de grupo operativo e apoio ao autocuidado da gestante/puérpera e de cuidado da criança, realizando orientações específicas da sua área de atuação.

AS PARTEIRAS TRADICIONAIS NA APS

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, adotou várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre elas, encontra-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que recolocou a melhoria do parto e nascimento domiciliar assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da atenção básica.

Em muitos lugares a parteira é conhecida como “parteira leiga”, “aparadeira”, “co-madre”, “mãe de umbigo”, “curiosa”, entre outras denominações. Porém, o Ministério da Saúde adota a denominação de parteira tradicional por considerar que este termo

valoriza os saberes e práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

De acordo com o Ministério da Saúde, a parteira tradicional faz parte da equipe de saúde da atenção básica e presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais, sendo reconhecida na comunidade como parteira. Hoje, o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS são estratégias que promovem tanto a atenção integral à saúde da mulher e da criança como a redução da morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012a).

As equipes de saúde da APS devem acolher e apoiar as ações destas parteiras, por meio de (BRASIL, 2012e):

- Identificação e cadastramento das mesmas no Sistema de Informação.
- Diagnóstico da assistência ao parto domiciliar em seu território, considerando os principais desafios a serem enfrentados para a qualificação da atenção e integração das ações entre os diversos membros da equipe.
- Sistematização de estratégias de avaliação e acompanhamento do parto e nascimento domiciliar, com garantia de atenção integral ao binômio mãe/bebê.
- Ações de educação permanente incluindo orientações sobre esterilização e cuidados com o o instrumental utilizado na atenção ao parto; acompanhamento da puérpera e do RN na UBS entre outros.
- Fornecimento dos materiais para reposição, quando necessário.

4.1.5 ATENÇÃO PROGRAMADA NA APS

A organização da rede baseada na necessidade em saúde de gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses de idade orienta-se a partir de estimativas da população alvo da área de abrangência local, distrital e municipal, considerando a distribuição por estrato de risco por meio dos parâmetros apresentados no Quadro 3.

O número total de gestantes estimado no município é calculado pelo número de Declarações de Nascidos Vivos do ano anterior acrescido do percentual de abortamentos previstos que é de 10%. O número estimado de puérperas e recém-nascidos corresponde ao número de DNV do ano anterior.

A estimativa do número total e percentual de crianças de 0 a 24 meses na população manauara baseia-se na projeção para o ano a partir do censo 2010 do IBGE. Em relação à distribuição por estrato de risco, neste momento serão utilizadas as informações oriundas de referências nacionais (BRASIL, 2012e) ou experiências

estaduais (Paraná, 2012; Minas Gerais, 2013). Com o monitoramento dos indicadores da Rede Manauara, os dados poderão ser atualizados a partir do contexto local..

Quadro 107 - Número estimado e proporção de gestantes/puérperas e crianças de 0 a 24 meses na APS (geral e por estrato de risco) para a organização da rede de atenção		
População alvo	**Base de cálculo**	**Exemplo 2012**
Gestantes Número total estimado Distribuição por estrato de risco • Baixo e médio • Alto • Muito alto	 DNV do ano anterior + 10% 85% 10 a 12% 3 a 5%	 44495 377821 4449 a 5339 1334 a 2224
Puérperas e Recém-nascidos Número total estimado	 DNV do ano anterior	 40450
Crianças de 0 a 24 meses Número total estimado Distribuição por estrato de risco • Baixo e médio • Alto • Muito alto	 Projeção para o ano a partir do censo 2010 IBGE 75% 22% 3%	 102050 76538 22451 3061

CALENDÁRIO DE CONSULTAS DE NA APS

Quadro 108 - Consultas/atividades programadas para gestantes na APS	
DE RISCO BAIXO E MODERADO	
Atividade/local	**Recomendação**
Consultas com o(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) da US da área de abrangência (não esquecer da consulta oportuna das gestantes/puérperas que procuraram a UBS mesmo sendo de outro território)	7 consultas alternadas entre ambos (no mínimo 6 – BRASIL, 2012) (A): • mensais até 28ª semana • quinzenais entre 29ª e 36ª semana • semanais a partir da 37ª semana até o nascimento (referir para a maternidade ao completar 41 sem[1] e monitorar) • 7º dia pós-parto e entre 15º e 30º dias do puerpério[2]
Consulta com o cirurgião-dentista na UBS	1 consulta inicial e seguimento de acordo com a necessidade
Visitas domiciliares pelo ACS	Mensalmente
Grupo operativo com atividades de autocuidado e educação em saúde, com a equipe da UBS e do NASF	2 ciclos de 4 encontros em grupo na UBS
Visita à maternidade	Visita acompanhada
DE RISCO ALTO E MUITO ALTO	

Atividade/local	Recomendação
Consultas com o(a) médico(a) e o(a) enfermeiro(a) da US da área de abrangência (não esquecer da consulta oportuna das gestantes/puérperas que procuraram a UBS mesmo sendo de outro território)	Consultas alternadas entre ambos: • a cada 6 semanas até 34ª semana • quinzenais entre 35ª e 38ª semana • semanais a partir da 39ª semana até o nascimento (referir para a maternidade ao completar 41 sem[1] e monitorar) • 7º dia pós-parto e entre 15º e 30º dias do puerpério[2]
Consulta com o cirurgião-dentista na UBS	1 consulta inicial e seguimento de acordo com a necessidade
Visitas domiciliares pelo ACS	Mensalmente para alto risco e mais frequente no muito alto risco (gestão de caso)
Grupo operativo com atividades de autocuidado e educação em saúde, com a equipe da UBS e do NASF	2 ciclos de 4 encontros em grupo na UBS e/ou ASS
Visita à maternidade	Visita acompanhada

[1] se portadora de HIV, encaminhar com 38 semanas [2] consultas para o binômio puérpera/ RN em geral.
ASS: Atenção Secundária à Saúde.

Quadro 109 – Consultas/atividades programadas na APS para crianças de 0 a 24 meses de Risco Baixo e Médio[1]

TIPO	Idade em meses															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24
Consulta com enfermeiro	**≤7 d** [1]	2														
Consulta médica	**≤7 d** [1]	2														
Atendimento de enfermagem																
Saúde bucal																
Grupo operativo/apoio ao cuidado da criança																
Visitas domiciliares ACS	**≤7 d**[1]															

[1]ações da PSSI até o sétimo dia de vida da criança, com visita domiciliar pelo ACS e consulta médica ou de enfermagem (Política Nacional de Saúde da Criança). [2]Alternar consulta médica ou de enfermeiro no primeiro e segundo mês – se até 7º dia foi médica, no 2º mês deverá ser com o enfermeiro e vice-versa.

Quadro110 - Consultas/atividades programadas na APS para crianças de 0 a 24 meses de Risco Alto e Muito Alto[1]

TIPO	Idade em meses															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	15	18	21	24
Consulta com enfermeiro	**≤7 d** [1]															
Consulta médica	**≤7 d** [1]															

Atendimento de enfermagem																
Saúde bucal																
Grupo operativo/apoio ao cuidado da criança																
Visitas domiciliares ACS	**≤7 d** [1]															

[1] ações da PSSI até o sétimo dia de vida da criança, com visita domiciliar pelo ACS e consulta médica ou de enfermagem (Política Nacional de Saúde da Criança. Alternar consulta médica ou de enfermeiro no primeiro mês.

PARÂMETROS DE ASSISTÊNCIA PARA A ATENÇÃO MATERNO-INFANTIL NA APS

Os parâmetros de programação da assistência sugeridos nos quadros 4 e 5 para a organização da rede consideram as diferentes complexidades dos usuários com as condições abordadas. Esses parâmetros são recomendações da SEMSA Manaus para a gestão da clínica e foram baseados a partir de algumas evidências, experiências de instituições similares em nível nacional e/ou experiências clínicas consensuadas por um grupo de profissionais de saúde multidisciplinar e representativo de várias instituições afins que participaram do processo de validação desta linha-guia.

Quadro 111. Parâmetros de assistência para a atenção à gestante e puérpera na APS por estrato de risco

Procedimento previsto	**Estratificação de risco**	
	Baixo e moderado	**Alto e muito alto**
Consulta médica	5	4
Consulta de enfermagem	4	3
Consulta odontológica	1	1
Atendimento de enfermagem	9	9
Atividades em grupo operativo e de apoio ao autocuidado	8	8
Visita domiciliar pelo ACS	10	10
Ultrassonografia	1	2[1]

APS: Atenção Primária à Saúde; ACS = agente comunitário de saúde. [1] poderá ser maior de acordo com o quadro clínico.
Fonte: Adaptado de Brasil, 2012e; Minas Gerais, 2013.

Quadro 112. Parâmetros de assistência para a atenção à criança de 0 a 24 meses de idade na APS por estrato de risco

Procedimento previsto	**Risco baixo e moderado**		**Risco alto e muito alto**	
	0 a 12 meses	**13 a 24 meses**	**0 a 12 meses**	**13 a 24 meses**
Consulta médica	5	2	7	3

Consulta de enfermagem	5	1	6	1
Consulta odontológica	3	1	3	1
Atendimento de enfermagem	12	4	12	4
Atividades em grupo e de apoio ao cuidado da criança	4	2	4	4
Visita domiciliar pelo ACS	12	12	12	12

APS: Atenção Primária à Saúde; ACS = agente comunitário de saúde.
Fonte: Adaptado de Brasil, 2012e; Minas Gerais, 2013.

Quadro 113. Exames laboratoriais de rotina para gestantes na APS	
Exame	**Programação**
Hematócrito e hemoglobina	2
Eletroforese de hemoglobina	1
Tipagem sanguínea e Rh	1
Coombs indireto	Se Rh – (30%)
Glicemia de jejum	1
Teste oral de tolerância à glicose	1
Parcial de urina tipo 1 e urocultura	2
Teste rápido/sorologia para sífilis	2
Teste rápido/sorologia para HIV	2
Sorologia para toxoplasmose	2
Sorologia para hepatite B (HBsAg)	2
Colpocitologia oncótica	1

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012e, 2013a.

4.2 ATENÇÃO SECUNDÁRIA À SAÚDE

4.2.1 COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE DA ASS

Os serviços de atendimento especializado devem estar organizados como pontos de atenção secundário ambulatorial em rede de forma a propiciar interconsultas às gestantes, puérperas e RN com situações mais complexas.

Compete aos serviços de ASS:

- Fazer o acolhimento das gestantes, puérperas e crianças referidas ao serviço e manter uma escuta qualificada, promovendo atendimento humanizado e fortalecendo o vínculo da equipe com os usuários.
- Participar do planejamento das ações de atenção integral, de acordo com a

necessidade de saúde da população local e o Plano Municipal de Saúde.

- Prover ambiência adequada, equipe multiprofissional treinada e que compartilhe o cuidado de forma horizontal.
- Avaliar, de forma compartilhada. as ações da equipe, a partir das informações disponíveis sobre a situação de saúde local.
- Realizar a avaliação global da gestante, puérpera e criança pela equipe multiprofissional e estratificar o risco de acordo com a linha-guia.
- Prover a atenção especializada necessária de acordo com a condição clínica da gestante, puérpera e criança – solicitação de exames, instituição de tratamentos e planos de cuidado, referência a outros serviços de atenção à saúde, entre outros.
- Realizar as atividades de educação em saúde e de autocuidado apoiado, individuais e coletivas.
- Prestar atenção às intercorrências da gestante, puérpera e criança, com estabilização e encaminhamento das situações de urgência para pontos de atenção de maior complexidade, em transporte adequado e com vaga assegurada.
- Estimular a participação do pai nas consultas, atendimentos e atividades desenvolvidas na ASS durante o pré-natal, puerpério e puericultura.
- Supervisionar e apoiar as ações desenvolvidas na APS, mantendo um fluxo de informação adequado entre os diferentes pontos de atenção.
- Promover educação permanente aos profissionais de saúde da APS e ASS.
- Fomentar pesquisas clínicas e operacionais relacionadas à saúde materno-infantil.
- Preencher os diferentes instrumentos de informação como: prontuário, Cartão da Gestante, Caderneta da Criança, fichas de referência e contrarreferência, fichas de notificação, entre outros, com informações obtidas nas consultas e as datas das próximas consultas/atendimentos.

4.2.2 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PARA A ASS

Evidências robustas na literatura sugerem que o atendimento especializado aos usuários com condições crônicas deve ser submetido a um processo de regulação que garanta o acesso oportuno e de qualidade às intervenções programadas para esse nível de atenção nos casos de maior complexidade. Nesta linha-guia, as principais situações que orientam o encaminhamento aos serviços/centros de referência para a atenção materno-infantil são aquelas que caracterizam **alto e muito alto risco** (Seção 1 - item 1.4 - e Seção 3 - item 3.4.4).

Gestantes e crianças estratificadas como de risco médio podem necessitar de interconsultas na ASS eventualmente mas a maior concentração de consultas e atencimentos ocorre na APS.

4.2.3 ATENÇÃO PROGRAMADA NA ASS

Para as gestantes de alto e muito alto risco acompanhadas na ASS, as consultas médicas e de enfermeiro(a) obstétricos (as) devem ser mensais ou com intervalo menor de acordo com a condição clínica apresentada. É recomendável que estes serviços ofereçam outras especialidades médicas como cardiologia, endocrinologia, nefrologia e atendimento multiprofissional com psicologia, nutrição, fisioterapia, assistência social, farmácia clínica e outros.

Para as crianças de alto e muito alto risco, a programação de consultas na ASS depende muito do quadro apresentado. Nestes serviços, a presença de outras especialidades médicas como infectologia, otorrinolaringologia, neurologia e oftalmologia e de equipe multiprofissional com fonoaudiologia, psicologia, nutrição, fisioterapia, assistência social, farmácia clínica, terapia ocupacional e outros qualifica a atenção.

4.2.4 CARTEIRA ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS DA ASS

Levando-se em consideração as necessidades em saúde e a rede de saúde existente, propõe-se a disponibilização de uma carteira estratégica de serviços na ASS ofertada de forma regular às gestantes/puérperas e crianças de 0 a 24 meses em Manaus. Os principais atendimentos estratégicos estão sistematizados no Quadro 114.

Quadro 114. Principais atendimentos estratégicos da ASS
Gestantes
Enfermeiro(a) obstétrico(a) Médico(a) obstetra Infectologia Cardiologia Endocrinologia Neurologia Pneumologia Enfermagem Nutrição Assistência Social Psicologia Farmácia Clínica Fisioterapia Atividades individuais e coletivas de educação em saúde e apoio ao autocuidado
Crianças de 0 a 24 meses
Pediatria Infectologia pediátrica Cardiologia pediátrica

Endocrinologia pediátrica
Neuropediatria
Pneumologia
Enfermagem
Nutrição
Assistência Social
Fonoaudiologia
Terapia ocupacional
Psicologia
Farmácia Clínica
Fisioterapia
Atividades individuais e coletivas de educação em saúde e apoio ao cuidado da criança

ASS: Atenção Secundária à Saúde

Em relação aos procedimentos estratégicos da ASS, de acordo com a rede cegonha (BRASIL, 2013a), estão preconizados os seguintes exames para gestantes de alto e muito alto risco:

- Contagem de plaquetas
- Dosagem de proteínas (urina 24 horas)
- Dosagens de uréia
- Dosagem de creatinina
- Dosagem de ácido úrico
- Eletrocardiograma
- Ultrassom obstétrico com Doppler Cardiotocografia

Outros exames, procedimentos e atendimentos para as gestantes e crianças de alto e muito alto risco serão determinados de acordo com a condição apresentada pelos mesmos.

4.3 SERVIÇOS OBSTÉTRICOS E DE NEONATOLOGIA

Cabe aos serviços de atenção obstétrica e de neonatologia:

- Fazer o acolhimento das gestantes, puérperas e crianças referidas ao serviço e manter uma escuta qualificada, promovendo atendimento humanizado e fortalecendo o vínculo da equipe com os usuários.
- Disponibilizar a visita à maternidade durante o pré-natal para gestantes/casais vinculados às mesmas, com orientações e agendamento adequados.
- Prover ambiência adequada, equipe multiprofissional treinada e que compartilhe o cuidado de forma horizontal.
- Fazer classificação de risco no momento do acolhimento e instituir a atenção necessária de acordo com a condição clínica da gestante, puérpera e RN.

- Garantir assistência às intercorrências e emergências que ocorrerem durante a gestação, parto, puerpério e assistência ao RN.
- Transferir as gestantes e RN que apresentarem condição clínica que necessite atenção em serviços de maior complexidade, após estabilização do quadro, em transporte adequado e com vaga assegurada.
- Observar os princípios da atenção qualificada ao pré-parto, parto e pós-parto imediato descritos na Seção 2.
- Observar os "Dez Passos para a Atenção Humanizada ao Parto", recomendados pela Organização Mundial da Saúde.

Quadro 115 - Dez passos para a atenção humanizada ao parto

Passos	Recomendações
1º	Permitir e respeitar o desejo da mulher de ter um acompanhamento da família ou amigo durante o trabalho de parto e o parto, dando-lhe segurança e apoio.
2º	Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher durante o trabalho de parto, até a conclusão do processo obstétrico.
3º	Oferecer à mulher o máximo de informações e explicações segundo as sua demanda.
4º	Respeitar o direito da mulher à privacidade no local de nascimento.
5º	Permitir à mulher a liberdade de caminhar, mover-se e adotar as posições que desejar durante o período de dilatação e expulsão; encorajar as posturas verticais de parto e evitar a posição de litotomia (supino, com as pernas elevadas).
6º	Orientar e oferecer métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto como massagem, banho morno e técnicas relaxamento.
7º	Ofertar fluídos via oral durante o trabalho de parto e o parto.
8º	Permitir o contato precoce pele a pele entre a mãe e o bebê e o início precoce do aleitamento materno.
9º	Possuir normas e procedimentos claramente definidos e realizar monitoramento cuidadoso da evolução do parto através do uso do partograma.
10º	Oferecer alojamento conjunto e esforçar-se para colocar em prática os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno, tornando-se um hospital amigo da criança.

Fonte: OMS, 1996, disponível em: http://www.saude.ms.gov.br/sesmunicipios/index.php?templat=vis&site=202&id_comp=2616&id_reg=4283&voltar=lista&site_reg=202&id_comp_orig=2616

- Manter uma permanência mínima da puérpera e do RN de 48 horas após o parto.
- Realizar imunizações nos RN de acordo com a Política Nacional de Imunização.
- Investigar e assistir situações específicas envolvendo o binômio mãe/RN – sífilis, tuberculose, toxoplasmose, HIV/Aids, hepatite, malária, isoimunização Rh etc.
- Disponibilizar local, equipamentos adequados e profissionais capacitados (pediatras) à assistência ao RN.
- Estimular e apoiar o aleitamento materno, quando não contraindicado, por meio do contato pele a pele das gestantes com os RN que nasceram sem intercorrências, imediatamente após o parto, já na primeira hora após o parto (Dez

Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno – hospital amigo da criança).

- Orientar e dar apoio as puérperas que têm contraindicação absoluta ao aleitamento materno, realizando a supressão da amamentação inclusive.
- Prover o alojamento adequado ao RN após avaliação do risco – alojamento conjunto, UCINCo, UCINCa, UTIN (BRASIL, 2013a).
- Realizar a triagem neonatal nos RN antes da alta, se a mesma ocorrer após 48 horas de alimentação proteica do bebê, ou orientar a realização do mesmo entre o 3^{o} e o 7^{o} dia do pós-parto.
- Realizar as atividades de educação em saúde e de autocuidado apoiado, individuais e coletivas.
- Orientar a puérpera a retornar ao hospital na ocorrência de sinais de infecção puerperal: febre, dor e sangramento.
- Acolher as mães com intercorrências puerperais, providenciando o internamento do binômio mãe/RN quando necessário.
- Orientar as mulheres pós-abortamento para retornarem à UBS até 7 a 10 dias, para controle e início de anticoncepção.
- Informar a UBS sobre a alta da puérpera e do RN.
- Preencher os diferentes instrumentos de informação como: prontuário, Cartão da Gestante, Caderneta da Criança, Declaração de Nascidos Vivos, fichas de referência e contrarreferência, fichas de notificação, entre outros.

As maternidades de risco habitual são recomendadas para gestantes estratificadas de risco baixo e médio, e as de alto risco para aquelas nos estratos de alto e muito alto risco.

4.4 COORDENAÇÃO DO PROGRAMA MUNICIPAL DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Cabe à gestão dos programas municipais de atenção à saúde materno-infantil:

- Planejar ações na área de saúde materno-infantil de acordo com as necessidades de saúde da população manauara, identificadas por meio de indicadores epidemiológicos e do Plano Municipal de Saúde.
- Coordenar a gestão dos programas de atenção materno-infantil a partir dos resultados encontrados nos relatórios de gestão, boletins epidemiológicos, etc.
- Articular ações entre os diferentes níveis de gestão (municipal, distrital e local) e

atenção (primária, secundária e terciária) para garantir a integralidade e continuidade da atenção materno-infantil em toda rede municipal de saúde.

- Articular a formação e atuação dos Comitês de Morte Materno-Infantil.
- Coordenar a elaboração, implantação e atualização das linhas-guia de atenção à saúde materno-infantil.
- Coordenar e apoiar a realização de ações de educação permanente das equipes multiprofissionais de saúde, para o desenvolvimento das competências necessárias à atenção qualificada e humanizada da população materno-infantil.

4.4 GESTÃO DE CASO

A gestão de caso é uma tecnologia de gestão da clínica que se caracteriza pela cooperação entre o profissional gestor do caso, a pessoa com condição de saúde muito complexa e a sua rede de suporte social, para o planejamento, implementação, monitoramento e avaliação do plano de cuidado compartilhado, de forma a coordenar a atenção prestada na rede de saúde (MENDES, 2012). Para o autor, está indicada nas situações onde há necessidade de um manejo diferenciado, individualizado e de suporte em rede às gestantes e crianças que se encontram sob muito alto risco e que sobre os quais se concentram as complicações, incapacidades, mortes e os custos do sistema de saúde.

A determinação dos casos que necessitam deste tipo de tecnologia considerando a atenção materno-infantil compreende critérios como:

- Pessoas usuárias estratificadas como de muito alto risco.
- Capacidade muito reduzida para o autocuidado e para o cuidado da criança, sem suporte familiar ou social.
- Indivíduos que são alvo de eventos-sentinela recentes (nos últimos 12 meses);
- Alta suspeição de abuso.
- Estágio de pobreza extrema.

4.5 PRINCIPAIS INDICADORES DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE DA ATENÇÃO

Este conjunto de indicadores possibilita a gestão da atenção materno-infantil em todos os níveis da rede, assim como o monitoramento dos processos desenvolvidos pela equipe multiprofissional e resultados alcançados.

De acordo com o contexto de cada ponto de atenção da rede, A SEMSA/Manaus recomenda que uma seleção desses indicadores possa ser priorizada com o objetivo de que sua análise sistematizada estabeleça um monitoramento da qualidade dos serviços prestados em nível programático. As metas sugeridas também devem ser contextualizadas para cada ponto de atenção, sendo progressivamente reavaliadas conforme necessidade e evidências

Quadro 116 – Indicadores de monitoramento do Programa de Atenção à Saúde Materno-Infantil em Manaus

INDICADOR	PARÂMETRO
Razão de mortalidade materna	redução
Taxa de mortalidade infantil	redução
Proporção de óbitos infantis e fetais investigados (considerando faixa etária e evitabilidade) no período, por distrito sanitário	100% óbitos (mensal)
Proporção de óbitos maternos investigados (faixa etária e evitabilidade) no período, por distrito sanitário	100% óbitos (mensal)
Proporção de óbitos de mulheres em idade fértil (MIF) por causas presumíveis de morte materna investigados no período, por distrito sanitário	100% óbitos (mensal)
Número de nascidos vivos por idade, idade materna, número de consultas de pré-natal, baixo peso ao nascer, prematuridade, baixo peso, apgar 5º minuto (outros fatores de risco ao nascer)	100% nascidos vivos
Taxa de internação de menores de 2 anos por doenças diarréicas e respiratórias	redução
Proporção de nascidos vivos de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal	100%
Número absoluto de crianças com sífilis congênita (por distrito)	redução
Proporção de partos normais e cesárea (primíparas e multíparas)	Aumento/redução
Percentual de gestantes com acompanhantes durante internação para realização do parto	100%
Cobertura de gestantes da área de abrangência usuárias do SUS inscritas no Programa	100% dasgestantes estimadas para a área de abrangência e usuárias do SUS.
Percentual de gestantes inscritas até a 12ª semana de gestação.	100% das gestantes da área de abrangência
Percentual de gestantes inscritas no programa de acordo com o estrato de risco.	100% das gestantes inscritas.
Concentração de consultas médicas, do enfermeiro para gestantes de acordo com o estrato de risco e o trimestre gestacional.	conforme linha-guia :
Concentração de consultas odontológicas para gestantes de acordo com o estrato de risco e o trimestre gestacional.	No mínimo 1 consulta com CD (até 4º mês gestação)
Concentração de consultas médicas e do enfermeiro realizadas para pais/parceiros inscritos no pré-natal do pai.	2 consultas (médica/enfermeiro) para os pais inscritos no programa.
Cobertura de exames laboratoriais conforme o preconizado na linha-guia.	100% das gestantes inscritas no programa, conforme linha-guia.
Cobertura de exames de HIV e VDRL realizados pelos pais/parceiros sexuais.	1 teste de HIV e VDRL para 100% dos pais/parceiros

	inscritos no pré-natal do pai.
Número de participações da gestante e do pai em grupos/atividades de autocuidado durante o pré-natal.	8 participações.
Número de gestantes e pais que participam da visita à maternidade durante o pré-natal.	1 visita à maternidade.
Concentração de consulta puerperal realizada até 7º e entre 15 e 30º dia após o parto.	Realizar uma consulta puerperal pelo profissional médico ou enfermeiro aos 7 e entre 15 e 30 dias após o parto.
Proporção de gestantes e parceiros com diagnóstico de sífilis materna, com tratamento adequado.	100% do tratamento de acordo com orientações desta linha-guia.
Proporção de gestantes com doenças de notificação compulsória com casos notificados.	100% dos casos de Hepatite B, Hepatite C, Tuberculose, Toxoplasmose, HIV e Sífilis na gestação.
Número de gestantes encaminhadas para serviços de referência: - pré-natal de alto risco, - infectologia.	Identificar e encaminhar 100% das gestantes com as patologias referenciadas na linha-guia.
Cobertura de crianças da área de abrangência usuárias do SUS inscritas no Programa	100% das crianças estimadas para a área de abrangência e usuárias do SUS.
Percentual de RN com visita domiciliar pelo ACS até de 48h após alta da maternidade e consulta médica ou do enfermeiro até 7 dias de vida	100% dos RN da área de abrangência
Percentual de crianças inscritas no programa de acordo com o estrato de risco.	100% das gestantes inscritas.
Concentração de consultas médicas e do enfermeiro para crianças de acordo com o estrato de risco e faixa etária.	conforme linha-guia
Concentração de consultas odontológicas para crianças de acordo com o estrato de risco e a faixa etária.	No mínimo 2 consultas com CD até 12º mês de vida e 1 dos 13 aos 24 meses
Percentual de crianças inscritas no programa com situação vacinal ideal e não ideal	100%
Percentual de crianças inscritas no programa com suplementação de ferro e vitamina A	100%
Percentual de crianças com aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida	100%
Percentual de crianças menores de 2 anos desnutridas, eutróficas, com excesso de peso e em risco nutricional (curva ponderoestatural descendente ou estacionária)	
Percentual de crianças menores de 2 anos com toxoplasmose, HIV e sífilis em acompanhamento nos serviços de referência	100%
Percentual de recém-nascidos egressos de UTI/UCI neonatal que iniciaram acompanhamento com menos de 3 meses de vida nos serviços de atenção secundária/centros de referência	100%

Anexo1 – Avaliação pré-concepcional

ÁREA	AVALIAÇÃO	PLANO DE CUIDADO
Rede familiar e social	Presença de companheiro; relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; rede social	Fortalecer relações familiares/conjugais e rede social
Trabalho e ambiente	Grau de esforço físico, estresse e jornada de trabalho, exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos)	Orientar sobre riscos decorrentes de esforço excessivo, estresse, agentes nocivos ambientais
Atividade física	Tipo de atividade física, grau de esforço, periodicidade, local – deslocamento para trabalho ou curso, lazer, no trabalho, em casa	Orientar a prática de atividade física
Avaliação nutricional	História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais Padrão alimentar Peso, altura, cálculo do Índice de Massa Corporal, circunferência abdominal	Orientar alimentação saudável Implementar plano para alcance e manutenção do peso saudável Suplementar com ácido fólico 5 mg/dia 60 a 90 dias antes da concepção
Padrão de uso/exposição a drogas lícitas e ilícitas	Status em relação ao cigarro – fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo; exposição ambiental à fumaça de cigarro em casa ou outro local Uso/abuso/dependência de álcool, drogas ilícitas e medicamentos	Orientar sobre os riscos Abordagem mínima e intensiva para cessação do tabagismo Tratar dependências químicas
Avaliação clínica	História de diabetes, hipertensão, cardiopatias, hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia), doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, toxoplasmose, sífilis, outras doenças infecciosas, trombose venosa, transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros) Exame físico conforme história e medida de pressão arterial	Fazer eletroforese de hemoglobina se história de anemia crônica, familiar com doença falciforme ou etnia negra. Investigar parasitose intestinal se houver suspeita ou clínica. Monitorar alcance do controle glicêmico e pressórico se DM ou HAS; adequar tratamento para mulheres com epilepsia; orientar uso de medicamentos apenas com prescrição médica e substituir aqueles com maior risco para o feto
Antecedentes familiares	Doenças hereditárias, doença falciforme, pré-eclâmpsia, gemelaridade, hipertensão, diabetes, tuberculose, hanseníase, Doença de Chagas, câncer de mama ou colo uterino, transtorno mental, deficiência, doença neurológica, consangüinidade do casal	De acordo com os achados; Fazer eletroforese de hemoglobina se história familiar positiva
Saúde sexual	Data de início Padrão de relacionamentos anteriores e atual Práticas sexuais atuais Intercorrências, antecedentes de DST Parceiro com história ou quadro de DST, HIV/Aids, sífilis, hepatite B Medidas de proteção para DST	Orientar riscos decorrentes de múltiplos parceiros Oferecer teste rápido para HIV (aconselhamento pré e pós-teste) e sífilis para o casal Investigar hepatite B e imunizar suscetíveis Tratar DST (abordagem sindrômica), sífilis (com controle de cura) e HIV
Tipagem sanguínea e Rh	Solicitar exame se necessário	Se Rh -, solicitar Coombs indireto se o(s) parceiro(s) for Rh positivo ou desconhecido
Avaliação ginecológica	História: Ciclos menstruais, infertilidade/esterilidade; útero bicorne, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas, doença inflamatória pélvica Exame físico: Exame clínico de mamas, exame ginecológico e colpocitopatologia conforme orientação de protocolo específico	Orientar registro de ciclos menstruais De acordo com outros achados
História obstétrica	Idade da primeira gestação; número de gestações anteriores, partos, abortamentos e perdas fetais; partos pré e pós-termo; intervalo entre os partos; gestações múltiplas; tipo de parto; número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; malformações congênitas; intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, mola hidatiforme, gravidez anembrionária ou ovo cego, gravidez ectópica, intercorrências no puerpério	Orientar intervalo entre as gestações de pelo menos 2 anos
Imunização	Tétano – esquema vacinal (número de doses) e data da última dose de reforço Hepatite B – esquema vacinal (número de doses) ou sorologia para confirmar imunidade. Rubéola - registro de vacinação prévia ou exame comprovando imunidade Febre Amarela – esquema vacinal (uma dose a cada 10 anos)	Orientar a necessidade de estar com esquema vacinal em dia. Completar esquema vacinal antitetânico ou fazer dose de reforço se última dose > 5 anos. Vacinar/completar esquema vacinal para hepatite B, febre amarela, tríplice viral (Sbim/Febrasgo, 2010)
Saúde bucal	Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental Acesso à água fluoretada Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas	Orientações de higiene – escovação e uso do fio dental De acordo com os achados

Anexo 2 Rastreamento de Depressão

QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO(A) PACIENTE (PHQ 9)				
Durante as **duas últimas semanas**, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo? Marque a resposta com um X.	Nenhum a vez	Vários dias	Mais da metade dos dias	Quase todos os dias
1. Pouco interessado ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir “para baixo”, deprimido(a) ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado(a) ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo(a) – ou achar que você é um fracasso, que decepcionou sua família ou você mesmo(a)	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para pensar e falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – tão agitado(a) ou irriquieto(a) que você fica andando de um lado para o outro mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a)	0	1	2	3
ESCORE TOTAL				
Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique com um X o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas	Nenhuma	Alguma	Muita	Extrema

Fonte: Spitzer e col., 1999.

Escores ≥ 5 no PHQ9 são considerados rastreamento positivo e precisam de avaliação médica para diagnóstico. Quando a última pergunta do PHQ 9 for afirmativa, o encaminhamento para consulta médica deve ser imediato uma vez que indica ideação suicida. O diagnóstico baseia-se na clínica e em critérios como os da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão (CID-10), quando há ocorrência de no mínimo dois dos seguintes sintomas:

- Humor depressivo em um grau anormal para o indivíduo;
- Perda de prazer ou interesse em atividades antes prazerosas;
- Energia diminuída ou fatigabilidade aumentada;
- Perda de confiança ou autoestima;
- Sentimento de culpa ou autorreprovação;
- Pensamentos de morte ou suicídio;
- Alteração na atividade psicomotora (agitação ou lenhificação);
- Indecisão ou perda de concentração;
- Alteração do sono ou do apetite.

Anexo 3 - Técnica de aferição de Pressão arterial

1. Utilizar esfigmomanômetro de coluna de mercúrio, aneroide ou semiautomático, devidamente validados e calibrados. A coluna de mercúrio deve ser inspecionada periodicamente para a detecção de sinais de oxidação e sujidade.
2. Fazer a medida da circunferência do braço (linha média entre o acrômio e o olecrano) (D) e selecionar a braçadeira.
3. Deixar a gestante descansar por 5 a 10 minutos num local tranquilo e com temperatura agradável e explicar o procedimento. Prática de exercício físico há menos de 60 minutos, frio, dor ou calor excessivo, distensão vesical, ingestão de bebidas alcoólicas, café e alimentos e fumo há menos de 30 minutos do procedimento interferem na avaliação.
4. Manter a gestante sentada, com o tronco recostado no encosto da cadeira e pernas descruzadas. O braço a ser examinado deve estar despido, apoiado no nível do coração, com o cotovelo levemente fletido e a palma da mão voltada para cima. A medida pode ser realizada no braço esquerdo, com a gestante em decúbito lateral esquerdo.
5. Colocar o manguito firmemente, 2 a 3 centímetros acima da prega cutânea do cotovelo, com a marca sobre a artéria braquial (localizar a artéria pela palpação). Os olhos do examinador devem estar posicionados na altura do topo da coluna de mercúrio ou no nível do mostrador do manômetro aneroide.
6. Palpar o pulso radial, inflar rapidamente o manguito até o seu desaparecimento e desinflar até seu reaparecimento para estimar a pressão sistólica. Aguardar 15 a 30 segundos e posicionar a campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial ou poplítea sem exercer pressão excessiva.
7. Inflar novamente o manguito, de 10 em 10 mmHg, ultrapassando 30 mmHg da cifra encontrada na palpação. Proceder à deflação lentamente (velocidade de 2 a 4 mmHg/segundo). **Considerar o primeiro aparecimento do som para identificação da Pressão Sistólica (PAS) (fase I de Korotkoff) e o seu desaparecimento para identificação da Pressão Diastólica (PAD) (fase V de Korotkoff)**. Auscultar cerca de 20 a 30 mmHg abaixo do último som, confirmando o seu desaparecimento, e proceder a deflação rápida e completa. Se houver persistência dos batimentos até o nível zero, **considerar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff)**.
8. Aguardar preferencialmente 1 minuto para realizar nova aferição. Cada consulta deve conter três aferições de PA. A média das duas últimas deve ser considerada a PA real (D). Se a diferença entre as duas for superior a 4 mmHg, deve-se realizar outras aferições até a obtenção de diferenças menores de 4 mmHg (D).
9. Anotar os valores exatos sem arredondamentos e informar os valores para a gestante.

Anexo 4 - Teste de Estímulo Sonoro Simplificado (TESS)

Posição:

Gestante em decúbito dorsal e com a cabeceira elevada (posição de Fowler).

Passos:

- Medida inicial dos BCF - média das quatro medidas de 15 segundos com o útero em repouso.
- Estímulo sonoro - pressionar ligeiramente a região do polo cefálico fetal com a buzina de Kobe (buzina de bicicleta) e fazer estímulo sonoro durante 3 a 5 segundos, verificando movimentação fetal visível no abdome materno.
- Medida final dos BCF - média das quatro medidas de 15 segundos imediatamente após a estimulação.

Interpretação do teste:

- Teste positivo: aumento de no mínimo 15 BCF em relação à medida inicial ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos.
- Teste negativo: ausência de aumento de no mínimo 15 BCF em relação à medida inicial ou de movimentos fetais fortes e bruscos, em duas avaliações consecutivas com um intervalo de no mínimo 10 minutos entre as mesmas.

Recomendação:

Gestantes com TESS negativo ou desaceleração da frequência cardíaca fetal devem ser encaminhadas para avaliação em centros de referência ou maternidade de referência (BRASIL, 2012e).

Anexo 5 – Marcadores de Consumo Alimentar para indivíduos de 5 ou mais anos (SISVAN)

Nos últimos 7 dias, em quantos dias você comeu os seguintes alimentos ou bebidas?								
ALIMENTO/ BEBIDA	Não comi nos últimos sete dias	1 dia nos últimos sete dias	2 dias nos últimos sete dias	3 dias nos últimos sete dias	4 dias nos últimos sete dias	5 dias nos últimos sete dias	6 dias nos últimos sete dias	Todos os 7 últimos dias
1. Salada crua (alface, tomate, cenoura, pepino, repolho, etc)								
2. Legumes e verduras cozidos (couve, abóbora, chuchu, brócolis, espinafre, etc) (não considerar batata e mandioca)								
3. Frutas frescas ou salada de frutas								
4. Feijão								
5. Leite ou iogurte								
6. Batata frita, batata de pacote e salgados fritos (coxinha, quibe, pastel, etc)								
7. Hambúrguer e embutidos (salsicha, mortadela, salame, presunto, lingüiça, etc)								
8. Bolachas/ biscoitos salgados ou salgadinhos de pacote								
9. Bolachas/ biscoitos doces ou recheados, doces, balas e chocolates (em barra ou bombom)								
10. Refrigerante (não considerar os diet ou light)								

Fonte: Brasil. MS. SISVAN. Formulário de marcadores do consumo alimentar. Indivíduos com 5 anos de idade ou mais. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/marcador_consumo_maiores_5_anos.pdf

Anexo 6 - Avaliação do grau de dependência à nicotina (*Teste de Fagerström*)

CRITÉRIO	PONTUAÇÃO
1 - Quanto tempo depois de se levantar fuma o 1º cigarro ?	
• Primeiros 5 minutos	3
• 6-30 minutos	2
• 31 – 60 minutos	1
• Mais de 60 minutos	0
2 -Tem dificuldade em não fumar nos locais em que é proibido (p.ex., na igreja, cinema...)?	
• Sim	1
• Não	0
3 - Qual é o cigarro que mais o satisfaz?	
• O 1º da manhã	1
• Qualquer outro	0
4 - Quantos cigarros fuma por dia?	
• ≥ 31	3
• 21 - 30	2
• 11 - 20	1
• ≤ 10	0
5 -Fuma mais no começo do dia?	
• Sim	1
• Não	0
6 - Fuma mesmo quando está doente?	
• Sim	1
• Não	0
Pontuação total	

Pontuação	Grau de Dependência
0 a 2	Muito baixo
3 a 4	Baixo
5	Moderado
6 a 7	Alto
8 a 10	Muito alto

Fonte: HEATHERTON e col., 1991.

Anexo 7 – Fármacos e amamentação

Contra-indicados: Estas drogas não devem ser utilizadas durante a lactação. Caso sejam indispensáveis para a saúde materna, deve-se suspender a amamentação de forma temporária ou definitiva.

- Agentes antineoplásicos
- Amantadina*
- Amiodarona
- Antilipêmicos(excluindo resinas)
- Aspirina(doses altas)
- Bromuro
- Cocaína
- Cloranfenicol**
- Clozapine
- Dipirona(em drogas mexicanas)
- Iodo(uso tópico) (os suplementos dietéticos são seguros)
- Indandiona(Anticoagulantes, Por ex.: Fenindiona)
- Metamizol(igual à dipirona)
- Metronidazol**
- Radiofármacos(suspender temporariamente a amamentação)
- Sais de ouro
- Salicilatos(doses altas)

Potencialmente perigosos: Apesar de não serem absolutamente contra-indicados, estes agentes devem ser utilizados com precaução e evitados se possível, particularmente em mães de recém-nascidos.

- Acebutolol
- Álcool(uso diário ou grandes doses)
- Antibacterianos quinolonas(de preferência ciprofloxacina)
- Anticoncepcionais com estrogênios*
- Anti-histamínico/descongestionante associados*
- Atelenol
- Benzodiazepínicos(lorazepam, oxazepam de preferência)
- Citalopram
- Clindamicina
- Clonidina*
- Clortalidona*
- Diuréticos tiazídicos de ação prolongada ou altas doses*
- Doxepin
- Ergotamina
- Etossuximida
- Fenobarbital(dose de anticonvulsivantes)
- Fluoracina
- Fluoxetina
- Lítio
- Meios de contraste iodados(suspender a amamentação temporariamente)
- Nadolol
- Narcóticos(em aditos ou em altas doses nos primeiros 10 dias pós-parto)
- Nicotina/cigarros*
- Nitrofurantoína
- Piroxicam
- Reserpina
- Sotalol
- Sulfonamidas de ação prolongada
- Venlafaxine

Provavelmente seguros em doses habituais: Não existe informação suficiente para assegurar absolutamente que estes fármacos não têm efeitos adversos para o lactente amamentado, mas caso ocorram, os efeitos colaterais poderão ser infreqüentes ou leves. Deve-se ter em mente potencial para reações alérgicas raras ou idiossincrásicas do lactente.

- Antagonistas de receptores H2(preferir famotidina)
- Antibióticos aminoglicosídeos
- Anticolinérgicos*
- Anticonvulsivantes(exceto etossuximida e fenobarbital)
- Antidepressivos tricíclicos(preferir nortriptilina, desipramina; evitar doxepina)
- Anti-histamínicos*(de preferência tipos não-sedantes)
- Antiinflamatórios não-esteróides(preferir ibuprofeno)
- Azatioprina(imunossupressão pós-transplante)
- Barbitúricos(exceto fenobarbital)
- Descongestionantes orais*
- Diuréticos tiazídicos de ação curta
- Drogas antituberculosas
- Ergonovina(tratamento breve)*
- Espirolactona
- Fenotiazinas
- Haloperidol
- Hidroclorotiazida(doses baixas)
- Lorazepam
- Metimazol(<20 mg/dia)
- Metoclopramida(<14 dias)
- Nefazodone
- Nifedipina
- Oxazepram
- Paroxetina
- Propiltiuracil
- Quinidina
- Salicilatos(uso ocasional)
- Sertraline
- Sulfisoxasol
- Sumatriptan
- Tetraciclina(<14 dias)
- Trazodone
- Verapamil

Seguros em doses habituais: Doses habituais possuem um risco muito pequeno para o lactente amamentado, devendo-se no entanto manter em mente o potencial para reações alérgicas raras ou idiossincrásicas.

- Acetaminofen
- Antiácidos
- Anticoncepcionais com progesterona pura
- Bupivacaína
- Cafeína
- Cefalosporinas
- Clotrimazole
- Corticosteróides
- Descongestionante nasal(spray)
- Digoxina
- Eritromicina
- Fluconazol
- Heparina
- Ibuprofeno
- Inaladores(broncodilatadores e corticóides)
- Insulina(requerimento talvez diminua)
- Labetalol
- Laxantes não-absorvíveis(Phillium, Docusato)
- Lidocaína
- Metildopa
- Metilergonovina(tratamento breve)
- Metoprolol
- Miconazol
- Penicilinas
- Propranolol
- Substituo tireoidiano
- Sulfato de magnésio
- Teofilina
- Vacinas(todas)
- Vancomicina
- Warfarina

* A droga pode também inibir a lactação.
** Usar somente em situações onde a alimentação por mamadeira possa colocar em perigo a vida do lactente; a amamentação pode ser retomada com cautela.
Fontes: (1) Anderson PO et al., eds.(2001) *Handbook of Clinical Drug Data*, 10th ed. McGraw-Hill; (2) Anderson PO, eds.(1991) Drug use during breastfeeding. *Clin Pharm*, 10:596-624. (3) UCSD Drug Information Service (Serviço de Informação sobre Drogas e Amamentação), 1-900-288-8273.$3 pelo primeiro minuto, $2/min. cada minuto adicional. Para profissionais de saúde e nutrizes.
Nota: A informação contida nesta página tem limitações de tempo. Foi atualizada em novembro de 2000. É necessário revisá-la e atualizá-la periodicamente.
Material reimprimido com permissão do autor.

Anexo 8 - Classificação dos riscos de teratogenecidade dos medicamentos quando utilizados na gravidez de acordo com FDA (Food and Drug Administration).

CATEGORIA	PRINCIPAIS FONTES
A	Estudos controlados em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro trimestre; não há evidências de risco nos trimestres posteriores; a possibilidade de agravo é remota.
B	Estudos de reprodução animal não demonstraram riscos para o feto e não há estudos controlados em mulheres. OU Estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos sobre o feto que não foram confirmados em estudos controlados em mulheres no primeiro trimestre.
C	Estudos de reprodução animal demonstraram efeitos adversos sobre o feto e não há estudos controlados em mulheres. OU Estudos controlados de reprodução animal e em mulheres não foram realizados. O uso deve ser indicado somente se o benefício potencial justifique o risco potencial.
D	Há evidências de risco fetal humano, mas os benefícios do uso durante a gestação são aceitos apesar do risco (risco de vida ou doenças graves onde drogas mais seguras são inefetivas ou não existem).
X	Estudos em animais e humanos demostraram anormalidades fetais e/ou há evidências de risco fetal baseado na experiência humana e o benefício do uso não justifica o risco potencial. A droga é contraindicada para gestantes e mulheres com probabilidade de engravidar.

Fonte: Food and Drug Administration

Anexo 9 – Critérios para recomendação de alojamento conjunto, UTIN e UCIN

Tipo	Critérios
ALOJAMENTO CONJUNTO	**BAIXO RISCO** RN cuja mãe não apresente nenhuma patologia que impossibilite ou contraindique o contato. RN > 2.000 gramas, mais de 36 semanas de gestação e índice de APGAR maior ou igual a 7 no 5º minuto, com boa vitalidade, boa sucção e controle térmico. RN que não apresenta nenhum critério de médio ou alto risco (colunas abaixo).
UCIN[1]	RN com desconforto respiratório leve que não necessite de assistência ventilatória mecânica ou CPAP ou Capuz em Fração de Oxigênio (FiO2) elevada (FiO2 > 30%); Peso de nascimento entre 1000 e 1500 g quando estáveis, sem acesso venoso central, em nutrição enteral plena, para acompanhamento clínico e ganho de peso; Peso de nascimento > 1500 gramas que necessite venóclise para hidratação venosa, alimentação por sonda e/ou em uso de antibióticos com quadro infeccioso estável;. Idade gestacional entre 32 e 36 semanas; RN egresso de UTIN que necessite cuidados complementares; RN submetido à cirurgia de médio porte, estável, após o pós-operatório imediato em UTIN; RN em fototerapia com níveis de bilirrubinas próximos aos níveis de exsanguineotransfusão ou RN submetido a procedimento de exsanguineotransfusão, após tempo mínimo de observação em UTIN, com níveis de bilirrubina descendentes e equilíbrio hemodinâmico.
UTIN[2]	Idade gestacional < 30 semanas; Peso de nascimento < 1.000 gramas; RN de qualquer idade gestacional que necessite: • ventilação mecânica ou em fase aguda de insuficiência respiratória com FiO2 maior que 30% (trinta por cento); • cirurgias de grande porte ou pós-operatório imediato de cirurgias de pequeno e médio porte; • nutrição parenteral; • cuidados especializados tais como: uso de catéter venoso central, drogas vasoativas, prostaglandina, uso de antibióticos para tratamento de infecção grave, transfusão de hemoderivados.

[1]UCIN - unidade de cuidados intermediários neonatais; [2]UTIN - unidade de cuidados intensivos neonatais. Fonte: Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012.

ANEXO 10 – ORIENTAÇÕES PARA ATENÇÃO AOS RECÉM-NASCIDOS DE PARTO DOMICILIAR

1. **Verificar sobre evidencia a realização do teste do pezinho após 30 dias:** de acordo com o Manual Técnico do Programa de Triagem Neonatal do estado do Amazonas, 2012. O momento para a coleta, preferencialmente, não deve ser inferior a 48 horas de alimentação proteica (amamentação) e nunca superior a 30 dias. Sendo o ideal entre o 3º e o 7º dia de vida.
2. Caso a criança ultrapasse os 30 dias de vida sem ter realizado o teste do pezinho, deverá ser encaminhada ao Centro de Referência (HEMOAM) para as instruções técnicas necessárias, segundo orientação do próprio HEMOAM.
3. **Descrever o fluxo sobre parto domiciliar quanto ao DNV, caderneta da criança, triagem neonatal e etc.**
    - 1º - a Enfermeira da ESF comunica ao DISA do nascimento do bebê;
    - 2º - O DISA solicita do DVISA o formulário de **DNV**;
    - 3º - O enfermeiro da ESF entrega a **DNV** preenchida à Mãe para a expedição da Certidão de Nascimento;
    - 4º - Expede ainda a **Caderneta da Criança** e aplica as vacinas BCG e Hep B;
    - 5º - A **Triagem neonatal** é realizada pela equipe da Unidade Móvel Fluvial e por uma U.S fluvial (Nª Srª Auxiliadora), os demais são encaminhados para a Maternidade Municipal Moura Tapajoz.
4. **Fluxo dos retestes do Teste do Olhinho agendados pelo SISREG** (dados da Chefe da Divisão de Regulação)**:**
    - Exame realizado ainda na Maternidade pelo Pediatra;
    - Em caso de Reflexo vermelho duvidoso e/ou ausente, solicitar parecer do especialista;
    - Fazer o agendamento da Consulta Oftalmológica pelo SISREG.

5. **Fluxo do Teste da Orelhinha agendado pelo SISREG** (*COMUNICADO CIRCULAR Nº 013/10-CR de 09/06/2010)***:**

Para marcar o exame "**TESTE DA ORELHINHA**" o operador deverá localizar o GRUPO DIAGNOSE EM OTORRINOLARINDOLOGIA e selecionar as opções, conforme o caso, a saber:

- **EXAME DE OTOEMISSÕES ACÚSTICAS EVOCADAS TRANSIENTES (TESTE ORELHINHA)** – indicado para crianças de 0 a 12 anos;
- **EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANS. E PROD. DISTORC. EOA** – exame correspondente ao Teste Orelhinha indicado para usuários acima de 12 anos.

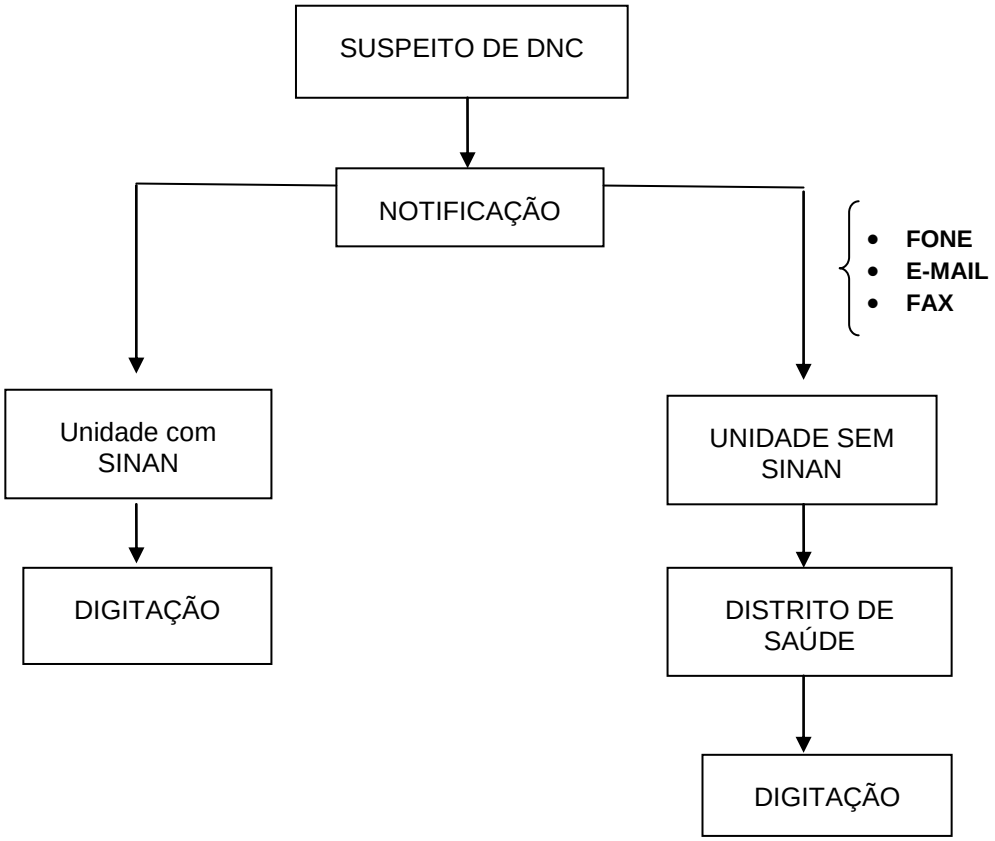
Fonte: DRA/GRC/Núcleo da Criança/Adolescente. SEMSA Manaus

Anexo 11 - Orientações importantes para a vacinação da criança

Vacina BCG Administre o mais precocemente possível, preferencialmente após o nascimento. Para os prematuros com menos de 36 semanas, administre a vacina depois que eles completarem 1 mês de vida e atingirem 2kg. Quando não há cicatriz: administrar uma dose em crianças menores de 5 anos de idade (4 anos, 11 meses e 29 dias). Contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase menores de 1 ano de idade, comprovadamente vacinados, não necessitam da administração de outra dose de BCG. Para os casos relativos a contatos de portadores de hanseníase com mais de 1 ano de idade sem cicatriz ou com uma cicatriz, administre uma dose. Mantenha o intervalo mínimo de 6 meses entre as doses da vacina. Para contatos com duas doses, não se deve administrar nenhuma dose adicional. Na ocasião do exame dos contatos intradomiciliares de portadores de hanseníase, caso haja incerteza sobre a existência de cicatriz vacinal, aplique uma dose, independentemente da idade. Para a criança HIV positiva, a vacina deve ser administrada ao nascimento ou o mais precocemente possível. Para as crianças HIV positivas ainda não vacinadas que chegam aos serviços de saúde, a vacina está contraindicada. Na existência de sinais e sintomas de imunodeficiência, não se indica a revacinação de rotina. Para os portadores de HIV positivo, a vacina está contraindicada em qualquer situação.
Vacina contra hepatite B (recombinante) Administre preferencialmente nas primeiras 12 horas de nascimento ou na primeira visita da criança ao serviço de saúde. Para os prematuros com menos de 36 semanas de gestação ou para recém-nascidos a termo de baixo peso (com menos de 2kg), siga esquema de quatro doses: 0, 1, 2 e 6 meses de vida. Para a prevenção da transmissão vertical em recém-nascidos (RN) de mães portadoras da hepatite B, administre a vacina e a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHB), disponível nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Crie), nas primeiras 12 horas ou no máximo até sete dias após o nascimento. Deve-se administrar a vacina e a IGHB em locais anatômicos diferentes. A amamentação não traz riscos adicionais ao RN que tenha recebido a primeira dose da vacina e a imunoglobulina.
Pentavalente - vacina adsorvida contra difteria, tétano, pertussis, Haemophilus influenzae B e hepatite B (conjugada) Administre aos 2, 4 e 6 meses de idade da criança. Faça um intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. São indicados dois reforços da vacina adsorvida contra difteria, tétano e pertussis (DTP). O primeiro reforço deve ser administrado aos 15 meses de idade. Já o segundo reforço, aos 4 anos. Observação importante: a idade máxima para administrar esta vacina é aos 6 anos, 11 meses e 29 dias. Diante de um caso suspeito de difteria, avalie a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados menores de 1 ano de idade, inicie esquema com DTP+ Hib. Para não vacinados na faixa etária entre 1 a 6 anos, inicie esquema com DTP. Para os comunicantes menores de 1 ano com vacinação incompleta, deve-se completar o esquema com DTP + Hib. Para crianças na faixa etária de 1 a 6 anos com vacinação incompleta, complete o esquema com DTP. Para crianças comunicantes que tomaram a última dose há mais de cinco anos e que tenham 7 anos de idade ou mais, deve-se antecipar o reforço com dT.
Vacina poliomielite (VIP) Administre duas doses com intervalo de 2 meses, iniciando aos 2 meses de idade. **Vacina contra poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) (VOP)** Administre uma dose aos 6 meses e um reforço aos 15 meses. Considere para o reforço o intervalo mínimo de 6 meses após a última dose.
Vacina oral contra rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) Administre duas doses seguindo rigorosamente os limites de faixa etária: • primeira dose: de 1 mês e 15 dias a 3 meses e 7 dias; • segunda dose: de 3 meses e 7 dias a 5 meses e 15 dias. O intervalo mínimo preconizado entre a primeira e a segunda dose é de 30 dias. Nenhuma criança poderá receber a segunda dose sem ter recebido a primeira. Se a criança regurgitar, cuspir ou vomitar após a vacinação, não repita a dose (BRASIL, 2012e).
Vacina pneumocócica 10 (conjugada) No primeiro semestre de vida da criança, administre três doses, aos 2, 4 e 6 meses de idade do bebê. O intervalo entre as doses é de 60 dias e mínimo de 30 dias.Faça um reforço, preferencialmente, entre os 12 e os 15 meses de idade, considerando o intervalo mínimo de 6 meses após a 3ª dose. Para crianças de 7 a 11 meses de idade, o esquema de vacinação consiste em duas doses com intervalo de pelo menos 1 mês entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre os 12 e os 15 meses, com intervalo de pelo menos 2 meses.
Vacina meningocócica C (conjugada) Administre duas doses, aos 3 e 5 meses de idade da criança, com intervalo de 60 dias e mínimo de 30 dias entre as doses. O reforço é recomendado preferencialmente entre os 12 e os 15 meses de idade.
Vacina contra febre amarela (atenuada) Administre aos 9 meses de idade da criança. Durante surtos, antecipe a idade de vacinação para 6 meses. Tal vacina é indicada aos residentes ou viajantes para as seguintes áreas com recomendação de vacina: Estados do Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima, Tocantins, Maranhão, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Goiás, Distrito Federal e Minas Gerais, além de alguns municípios dos Estados do Piauí, Bahia, São Paulo, Paraná, Santa Catarinae Rio Grande do Sul. Para informações sobre os municípios dos referidos estados, busque as suas respectivas unidades de saúde. No momento da vacinação, considere a situação epidemiológica da doença. Para os viajantes que se deslocarem para os países em situação epidemiológica de risco, busque informações sobre administração da vacina nas embaixadas dos respectivos países a que se destinam ou na secretaria de vigilância em saúde do estado. Administre a vacina dezdias antes da data da viagem. Administre reforço a cada 10 anos após a data da última dose.
Tríplice viral - vacina contra sarampo, caxumba e rubéola Administre duas doses. A primeira dose deve ser administrada aos 12 meses de idade e a segunda dose aos 4 anos. Em situação de circulação viral, antecipe a administração de vacina para os 6 meses de idade; porém, devem ser mantidos o esquema vacinal de duas doses e a idade preconizada no calendário. Considere o intervalo mínimo de 30 dias entre as doses.

Fonte: Brasil, 2011c.

Anexo 12 – Fluxograma de envio de fichas epidemiológicas de Doenças de Notificação Compulsória



INFORMAÇÕES:

DISA OESTE – 3654-5508

DISA NORTE – 3581-5537 / 3581-3499 / 3581-4282

DISA SUL – 3215-2899

DISA LESTE – 3681-9494 / 3682-5671

GERÊNCIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – GEVEP/DEVAE – 3654-5196

CIEVS Manaus – 3657-1914 fax: 3216-7737 Vig-Saúde: 0800-280-8280

Referências Bibliográficas

AKKERMAN D et al. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Routine prenatal care. Blommington (Minessota):ICSI, atualizado julho 2012, 115 p. Disponível em: https://www.icsi.org/_asset/13n9y4/Prenatal.pdf. Acesso em: agosto 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standarts of medical care in diabetes: 2013. Diabetes care, v. 36, suppl. 1, S11-S66, jan. 2013.

ANDRADE GM, TONELLI E (ed.). Infecções perinatais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 471–492.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). INSTITUTO BRASILEIRO DE DEFESA DO CONSUMIDOR (IDEC). Alimentos, medicamentos, produtos e serviços de interesse à saúde: guia didático. Idec, 2007, 111 p. Disponível em: http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/288865804745965e9e2ade3fbc4c6735/guia_didatico.pdf?MOD=AJPERES. Acesso em: agosto 2013.

ALLEN HE et al. New policies for using anthelmintics in high risk groups. Trends of Parasitoogy, n.18, p. 381-382, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DA INDÚSTRIA DE ALIMENTOS PARA FINS ESPECIAIS E CONGÊNERES (Abiad). Adoçantes. Disponível em: http://www.abiad.org.br/images/conteudo/informativos/cartilha_adocantes_270911.pdf. Acesso em: setembro 2013.

BANTLE JP et al. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care, Alexandria, v. 31, suppl 1, p. S61-78, 2008.

BAUMGARTEN MCS et al. Infecção Urinária na Gestação: uma revisão da literatura. UNOPAR Científica Ciências Biológicas e da Saúde, v. 13, n. especial, p.333-342, 2011.

BISWAS AB et al. Evaluation of vitamin A status during pregnancy. Indian Medical Association, v. 98, p.525-529, 2000.

BORTOLOTTI F et al. Outcome of chronic hepatitis B in caucasian children during a 20-year observation period. Journal of Hepatology, Oxfordshire (Inglaterra), v. 29, n. 2, p. 184-190, 1998.

BOYER KM. Congenital toxoplasmosis: current status of diagnosis, treatment and prevention. Seminars in Pediatric Infectious Diseases, Philadelphia, v. 11, n. 3, p. 165–171, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Recomendações para vacinação em pessoas infectadas pelo HIV. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001a, 38 p. Disponível em: http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/tratamento_consenso.pdf. Acesso em: outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS/2006: Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Cebrap, 2009a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 930/GM, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: dezembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020/GM, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. 2013a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html. Acesso em: agosto 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.920/GM, de 5 de setembro de 2013. Institui a Estratégia Nacional para Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável no Sistema Único de Saúde (SUS) - Estratégia Amamenta e Alimenta Brasil. 2013b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1920_05_09_2013.html. Acesso em: dezembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 210 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. Universidade de Brasília. Alimentação saudável para gestantes: siga os dez passos. Série temática: os 10 passos para uma alimentação saudável. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/10passosGestantes.pdf. Acesso em: setembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2010a, 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a, 50 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. v. 1. Cuidados gerais. 2. ed. v. 1Brasília: Ministério da Saúde, 2012b, 193 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. v. 2. Intervenções comuns, icterícia e infecções. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c, 166 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c, 302 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Organização Pan-Americana de Saúde. Manual AIDPI neonatal. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012d, 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica n. 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012e, 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Dez passos para uma alimentação saudável: guia alimentar para crianças menores de dois anos: um guia para o profissional de saúde na atenção básica. 2. ed. 2 reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d, 72 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dez_passos_alimentacao_saudavel_guia.pdf. Acesso em: dezembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b, 260 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013e, 34 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha (recurso eletrônico). Brasília: Ministério da Saúde, 2013f, 32 p. Disponível em http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_alimentacao_nutricao_rede_cegonha.pdf. Acesso em: agosto 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN na assistência à saúde. Brasília:Ministério da Saúde, 2008a, 61 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Cadernos de Atenção Primária n. 29. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b, 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Alimentação e Nutrição. Brasília: Ministério da Saúde, 2012f, 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais. Brasília: Ministério da Saúde, 2013g, 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento. Cadernos de Atenção Básica, n. 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012g.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Cadernos de Atenção Básica n. 23. Brasília: Ministério da Saúde, 2009c, 112 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2010c, 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Política de Alimentação e Nutrição. Uso dos formulários e registro das informações no novo sistema informatizado da vigilância alimentar e nutricional – SISVAN WEB. Disponível em: http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/informe_sisvan_web_040608.pdf. Acesso em: novembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b, 76 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Biotina para o Tratamento da Deficiência de Biotinidase. Relatório de Recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC – 06 Brasília: MS, 2012h. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/RelatorioFinal_Biotina.pdf. Acesso em: agosto 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b, 199 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: julho 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Série Cadernos de Atenção Básica n. 11. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Instrução normativa referente ao calendário nacional de vacinação. 2013h. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Nov/22/Instrucao_Normativa_CALENDaRIONACIONALDEVACINAcaO.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Indicações para uso dos imunobiológicos especiais nos centros de referência – CRIE. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/indicacoes_cries_21_09_2011.pdf. Acesso em: setembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Cuidados com água para consumo humano. Brasília: Ministério da Saúde. 2011d. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/folder_agua_consumo_2011.pdf. Acesso em: outubro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Epidemiológica. Instrução normativa referente ao Calendário Nacional de Vacinação. O presente instrumento estabelece as normatizações técnicas do Programa Nacional de Imunizações referentes ao Calendário Nacional de Vacinação, de que trata a Portaria GM/MS nº 1.498 de 19 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. Ações de controle da malária: manual para profissionais de saúde na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que não podem ser amamentadas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia prático de tratamento da malária no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2010d, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes. Brasília: Ministério da Saúde, 2013i, 28 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2005b, 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual integrado de vigilância, prevenção e controle de doenças transmitidas por alimentos. Brasília: Ministério da Saúde, 2010e, 158 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011e, 284 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 2006c, 140 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.Orientações para implantação dos testes rápidos de HIV e sífilis na Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 20??. 18 p. (no prelo). Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/orientacoes_implantacao_testes_rapidos_hiv_sifilis.pdf. Acesso em: novembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Programa Nacional para a Prevenção e o Controle das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Hepatite Viral Crônica B e Coinfecções. Brasília: Ministério da Saúde, 2009d, 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e hepatites virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2013j, 75 p. (no prelo)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em Pediatria. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/consenso_pediatria_2007.pdf. Acesso em: novembro 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b, 180 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV. 7. ed. Brasília:Ministério da Saúde, 2008b, 244 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças e Adolescentes Infectados pelo HIV: manual de bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2009e, 200 p. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/consenso_pediatrico.pdf. Acesso em: novembro 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde, 2012i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011f. 372 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012j. 444 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Vigilância em saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Cadernos de Atenção Básica, n. 21. 2. ed. rev. Brasília:Ministério da Saúde, 2008c, 195 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual prático para implementação da rede cegonha. 2011g, 45 p.

BRIGGS GG, FREEMAN RK, YAFFE SJ. Drugs in Pregnancy and Lactation: A Reference Guide to Fetal and Neonatal Risk. 6. ed. Baltimore MD:Lippincott Williams & Wilkins, 2001, 1219 p.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CLAP). Atenção pré-natal e do parto de baixo risco. Publicação Científica do CLAP, (s.l.), n. 1321, mar. 1996.

CENTRO LATINO-AMERICANO DE PERINATOLOGIA E DESENVOLVIMENTO HUMANO (CLAP). Guias para a atenção continuada da mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Publicação Científica CLAP/SMR 1562.3, 2010, 256 p.

CHAVES RG, LAMOUNIER JA, CÉSAR CC. Medicamentos e amamentação: atualização e revisão aplicadas à clínica materno-infantil. Revista Paulista de Pediatria, v.25, n. 3, p. 276-88, 2007.

COSTA C et al. Malária em gestante no município de Manaus – 2007 a 2011. XIII Reunião Nacional de Pesquisa em Malária. Manaus, 20 a 23 de novembro de 2013.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Informação em Saúde. Diretriz de atenção à saúde da criança curitibana. Curitiba: SMS Curitiba, 2012a, 246 p.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Informação em Saúde. Diretriz de atenção à pessoa com diabetes melito tipo 2. Curitiba: SMS Curitiba, 2010, 150 p.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Informação em Saúde. Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido: Programa Mãe Curitibana. Curitiba: SMS Curitiba, 2012b, 247 p.

CYPEL S (org). Fundamentos do desenvolvimento infantile: da gestação aos 3 anos. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011, 174 p.

DE OLIVEIRA PR et al. Hepatitis B viral markers in banked human milk before and after Holder pasteurization. Journal of Clinical Virology, v. 45, p. 281–284, 2009.

DI MARIO S et al. Prenatal education for congenital toxoplasmosis. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 1, CD006171, 2009.

DUARTE G et al. Infecção urinária na gravidez. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v.30, n.2, p.93-100, 2008.

ELLIOTT AM et al. Treatment with anthelminthics during pregnancy: what gains and what risks for the mother and child? Parasitology, n. 138, p. 1499-1507.

FEBRASGO. Assistência ao abortamento, parto e puerpério: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 2010a, 181 p.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). Drogas na gravidez 2. São Paulo: Febrasgo, 2007, 170 p.

FEBRASGO. Gestação de alto risco: manual de orientação. São Paulo: Febrasgo, 2011a, 214 p. DisponÍvel em: http://febrasgo.luancomunicacao.net/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf. Acesso em: dez 2013.

FEBRASGO. Manual de doenças infectocontagiosas. São Paulo: Febrasgo, 2010b, 132 p.

FEBRASGO. Manual de orientação, perinatologia. São Paulo: Febrasgo, 2010c, 141 p.

FEBRASGO. Manual de teratogênese em humanos. São Paulo: Febrasgo, 2011b, 436 p.

FEBRASGO. Recomendação sobre a suplementação periconcepcional de ácido fólico na prevenção de defeitos de fechamento do tubo neural (anencefalia e outros defeitos abertos do tubo neural). Guia prático de condutas. São Paulo: Febrasgo, 2012, 20 p.

FITCH A et al. Institute for Clinical Systems Improvement. Prevention and Management of Obesity for Children and Adolescents. Blommington (Minessota):ICSI, julho 2013, 94 p.

FOOD AND DRUG ADMINISTRATION. Department of Health & Human Services. Disponivel em: http://www.fda.gov. Acesso: julho de 2013.

FERREIRA CT, SILVEIRA TR. Hepatites virais: aspectos da epidemiologia e da prevenção. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 7, n. 4, p.473-487, 2004.

FIGUEIRÓ-FILHO EA et al. Infecção do trato urinário na gravidez: aspectos atuais. FEMINA, v. 37, n. 3, p. 165-171, março 2009.

FUJISAWA T et al. Long term outcome of chronic hepatitis B in adolescents or young adults in follow-up from childhood. Journal of Pediatric Gastroenteroly and Nutrition, Filadélfia, v. 30, p. 201-206, 2000.

GILBERT RE et al. Ocular sequelae of congenital toxoplasmosis in Brazil compared with Europe. PLOS Neglected Tropical Diseases, v. 2, n. 8, p. 277, 2008.

HAVENS PL; MOFENSON LM. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON PEDIATRIC AIDS. Evaluation and management of the infant exposed to HIV- 1 in the United States. Pediatrics, v. 123, n. 1, p. 175–187, janeiro 2009.

HEATHERTON TF et al. The Fagerström test for nicotine dependence: a revision of the Fagerström tolerance questionnaire. British Journal of Addiction. v. 86, p.1119-1127, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE PESQUISAS DA AMAZÔNIA – INPA.

JORDÃO RE et al. Prevalência de anemia ferropriva no Brasil: uma revisão sistemática. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 90-98, 2009.

KEMPER AR et al. Strategies for implementing screening for critical congenital heart disease. Pediatrics, v. 128, n. 5, e1-e10, novembro 2011.

LUKE B et. al. The Hispanic paradox in twin pregnancies. Twin Research and Human Genetics. v. 8, n.5, p. 532-537, 2005.

LUMLEY J et al. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009, v. 3. art. n. CD001055.

MCLEOD R et al. Outcome of treatment for congenital toxoplasmosis, 1981-2004: the National Collaborative Chicago-Based. Congenital Toxoplasmosis Study, [S.l.], v. 42, p. 1383–1394, 2006.

MAHLE WT et al. Role of pulse oximetry in examining newborns for congenital heart disease. A scientific statement from the American Heart Association and American Academy os Pediatrics. Circulation, 2009, v. 120, p. 447-58.

MANAUS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de atendimento à vítima de violência doméstica, sexual e outras violências na Rede de Saúde Manauara. Versão preliminar. Manaus, 2013.

MARX G et al. Long-term follow-up of chronic hepatitis B virus infection in children of diferent ethnic origins. The Journal of Infectious Diseases, v. 186, n. 3, p. 295-301, 2002.

MAYFIELD D, MCLEOD G, HALL P. The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. American Journal of Psychiatry, n. 131, p. 1121-1123, 1974.

MCLAREN DS, FRIGG M. Manual de ver y vivir sobre los transtornos por deficiencia de vitamina A (VADD). Washington: OPS, 1999.

MENDES EV. O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O Imperativo da Consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES FVL. Sulfato Ferroso: monografia. In: Fármacos utilizados em nutrição e anemia. (online) Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/public/livro_eletronico/nutricao.html#_Toc24800731. Acesso em: novembro 2013.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção ao pré-natal, parto e puerpério. 2. ed. Belo Horizonte:SAS/SES. 2006, 84 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à saúde da criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2008, 224 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. ASSOCIAÇÃO DE GINECOLOGISTAS E OBSTETRAS DE MINAS GERAIS. Nota técnica conjunta. Atenção à saúde da gestante: novos critérios para estratificação de risco e acompanhamento da gestante. Programa Viva Vida. Projeto Mães de Minas. Belo Horizonte: SES/MG, maio 2013, 16 p.

OLIVEIRA CA et al. Síndromes hipertensivas da gestação e repercussões perinatais. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, v. 6, n. 1, p. 93-98, 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial / Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia Global para Alimentação de Lactentes e Crianças de Primeira Infância. OMS, UNICEF, IBFAN Brasil, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Razões médicas aceitáveis para uso de substitutes do leite materno: atualização. Genebra: OMS, 2009, Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_FCH_CAH_09.01_por.pdf?ua=1. Acesso em: setembro 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Indicators for assessing vitamin A deficiency and their application in monitoring and evaluating intervention programmes. WHO/NUT/96.10. Geneva: WHO, 1996, 66p.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Declaração da Cúpula do Milênio das Nações Unidas. 08 de Setembro de 2000, 16 p. Nova Iorque. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_milenio_nacoes_unidas.pdf, Acesso em: agosto 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Além da Sobrevivência: Práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Washington, DC: OPS, 2007.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Report on the Expanded Program on Immunization (EPI) of the World Health Organization (WHO) Department of Vaccines and Biologicals. (Post-exposure immunization for hepatitis). Geneva: WHO, [200-]. Disponível em: <www.who.int/immunization>. Acesso em: novembro 2013

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Visión Integrada de la suplementación con vitamina A en las Américas. 2-4 de mayo del 2001, Managua, Nicaragua. Informe de la Reunión Regional. Washington: OPS; 2001.

PARANÁ. Secretaria do Estado da Saúde. Rede Mãe Paranaense. Curitiba:SESA, 2012, 55 p.

PANPANICH R; GARNER P. Growth monitoring in children (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews 1999, Issue 4. Art. Nº CD001443.The Cochrane Library, Oxford, n. 2, 2008. Disponível em: file:///D:/Meus%20documentos/Downloads/CD001443.pdf. Acesso em: setembro 2013.

REMINGTON JS et al. Toxoplasmosis. In: REMINGTON JS et al. (eds). Infectious diseases of the fetus and newborn infant. 6. ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2006, p. 947–1091.

SAARI TN. Immunization of preterm and low birth weight infants. American Academy of Pediatrics Committee on Infectious Diseases. Pediatrics, v. 112, p. 193–198, 2003.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Caderno temático da criança. São Paulo:Imprensa Oficial, 2003, 288 p.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Paulistana. Manual técnico: saúde da criança - 1º ano de vida. São Paulo: SMS, 2006, 53 p.

SANTOS CG, MULLER AB. Síndrome da morte súbita em lactentes: controvérsias na escolha da posição do sono. Pediatria (São Paulo), 2011, v. 33, n. 2, p. 97-101.

SAUNDERS C et al. Revisão da literatura sobre recomendações de utilização de edulcorantes em gestantes portadoras de Diabetes mellitus. FEMINA, v. 38, n. 4, p. 179-184, abril 2010.

SAUNDERS C. et al. Terapia nutricional no diabetes gestacional. Revista de Nutrição. Campinas, .v. 23, n.1, p: 95-1095, jan/fev 2010.

SHEPARD C W et al. Hepatitis B virus infection: epidemiology and vaccination. Epidemiologic Reviews, v. 28, p. 112–125, 2006.

SMAILL F, VAZQUEZ JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, v. 2, art. n. CD000490, 2007.

SPITZER RL; KROENKE K; WILLIAMS JBW. The health questionnaire primare care study group, validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Journal of the American Medical Association, 1999, v. 282, n. 18, p. 1737-1744.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2010, v. 95, supl.1, p 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES (SBIm). FEBRASGO. Consenso SBIm e Febrasgo. Vacinação da mulher. 2010. Disponível em: http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2012/06/consenso-sbim-febrasgo_vac-mulher_120604_bx.pdf. Acesso em: setembro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES. Guia vacinação em prematuros: impacto e orientações para a assistência. Disponível em: http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2013/08/vacinacao-prematuros_sbim-abbott_130626.pdf. Acesso em: outubro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA/SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO/ SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA (SBC/SBH/SBN). VI Diretrizes brasileiras de hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2010; v. 95, n.1, supl.1, p. 1-51.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Nutrologia. Manual de orientação para a alimentação do lactente, do pré-escolar, do escolar, do adolescente e na escola. 3 ed. Rio de Janeiro:SBP, 2012a, 148 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de Nutrologia. Anemia ferropriva em lactentes: revisão com foco em prevenção. 2012b, 20 p. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/Documento_def_ferro200412.pdf. Acesso em: novembro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP). Departamento de neonatologia. Tempo de permanência hospitalar do recém-nascido a termo saudável: documento científico. Atualizado em 15 de maio de 2012c. Disponível em: http://www.sbp.com.br/pdfs/doc_tempo-permanencia_rn.pdf. Acesso em: outubro 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA (SBPT). Diretrizes brasileiras em pneumonia adquirida na comunidade em pediatria. Jornal Brasileiro de Pneumologia. Brasília, v. 33, p. 31-60, supl. 1, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v33s1/02.pdf. Acesso em: agosto 2013.

SOMMER A, DAVIDSON FR. Assessment and control of vitamin A deficiency: the annecy accords. Journal of Nutrition, v. 132, suppl. 2845-2850, 2002.

STEFANI GP et al. Repelentes de insetos: recomendações para uso em crianças. Revista Paulista de Pediatria, 2009, v. 27, n. 1, p. 81-89.

THIÉBAUT R et al. Effectiveness of prenatal treatment for congenital toxoplasmosis: a meta-analysis of individual patients' data. Systematic Review on Congenital Toxoplasmosis study group. Lancet, v.369, n. 9556, p.115-122, 2007.

TORLONI MR et al. O uso de adoçantes na gravidez: uma análise dos produtos disponíveis no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 267-275, 2007.

U.S. PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE (USPSTF). Counseling and Interventions to Prevent Tobacco Use and Tobacco-Caused Disease in Adults and Pregnant Womem: Clinical Summary. Publicação AHRQ n. 09-05131-EF-2, abril 2009. Disponível em: http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf09/tobacco/tobaccosum2.htm. Acesso em setembro, 2013.

VIEIRA RCS et al. Prevalência de anemia em crianças brasileiras, segundo diferentes cenários epidemiológicos. Revista de Nutrição, Campinas-SP, v. 23, n. 3, p. 433-444, maio/jun. 2010.

VITOLO MR (ed.). Nutrição: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Ed. Rubio, 2008, 628 p

VOLPE JJ. Neurology of tuhe newborn. 4. ed. Philadelphia: WB Saunders, 2008.

WEBB EL. et al. Effect of single-dose anthelmintic treatment during pregnancy on an infant's response to immunisation and on susceptibility to infectious diseases in infancy: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. Lancet, v. 377, n. 9759, p. 52-62, 2011.

WEST, JRKP. Extent of vitamin A deficiency among preschool children and women of reproductive age. Journal of Nutrition, v. 132, suppl. 2857-2866, 2002.

WILKINSON J et al. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Preventive services for children and adolescents. Blommington (Minessota):ICSI, atualizado setembro 2013, 96 p. Disponível em: https://www.icsi.org/_asset/x1mnv1/PrevServKids.pdf. Acesso em: novembro 2013.

WINNICOTT DW. Da pediatria à psicanálise: obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago, 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Report of the WHO informal consultation on the use of praziquantel during pregnancy/lactation and albendazole/mebendazole in children under 24 months. Geneva, 8–9 April 2002.

ZACHARAKIS, G. Natural history of Chronic Hepatitis B Virus infection in children of different ethnic origins: a cohort study with up to 12 years' follow-up in Northern Greece. Journal of Pediatric, Gastroenterology and Nutrition, Philadelphia, v. 44, n. 1 p. 84–91, jan. 2007.

ZOTTI C et al. Use of IgG avidity test in case definitions of toxoplasmosis in pregnancy. New Microbiologica, v. 27, n. 1, p. 17–20, 2004.